TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur A. BROCA

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TROUSSEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

I

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux, 1er janvier 1881.

Interne des hôpitaux, 1er janvier 1882.

Aide d'anatomie, 1er octobre 1882.

Premier prix (médaille d'argent) au Concours des internes, 1re et 2e années, 1883.

Médaille d'or de 1re classe du choléra, 1884.

Prosecteur à la Faculté de médecine, 1er octobre 1885.

Docteur en médecine, février 1886.

Chirurgien des hôpitaux, 1er juin 1890.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1895.

Membre de la *Société anatomique*, 1884; Archiviste de 1886 à 1890; Vice-président en 1891.

Membre de la *Société clinique*, 1885.

Membre de la *Société de chirurgie*, 1895.

Président de la Section de Pædiatrie à la 2e session du *Congrès d'obstétrique, de gynécologie et pædiatrie*, Marseille, 1898.

II

RECOMPENSES ACADEMIQUES

Académie des sciences, 1894. Mention au prix Montyon.
1895. Mention au prix Montyon.

Académie de médecine, 1892. Mentions aux prix Amussat et Laborie.
1894. Prix Laborie; Prix Meynot.

Société de chirurgie, 1893. Prix Laborie.

Société anatomique, 1887. Prix Godard.

III

FONCTIONS HOSPITALIÈRES.

Comme chirurgien des hôpitaux, mes services sont les suivants :

Assistant de M. le Dr Terrier à l'hôpital Bichat de 1890 à 1892 ;

Assistant et suppléant de M. le Dr Lannelongue à l'hôpital Trousseau de 1892 à 1898 ;

Chef de service à l'hôpital Trousseau depuis le 1er janvier 1898.

Depuis que je suis chirurgien des hôpitaux, je ne me suis jamais désintéressé des questions d'organisation matérielle, si importantes pour le bon fonctionnement des services et, à mesure qu'une d'elles se posait devant le public, je m'en suis occupé dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

Voici les titres de ces articles :

1. **Les exercices cadavériques,** 1890, p. 371.
2. **L'organisation d'un service de chirurgie,** 1890, p. 407.
3. **La réorganisation des hôpitaux** (création des assistants), 1890, p. 600, 611 ; 1891, p. 1, 61, 85.
4. **La limite d'âge au concours de l'internat,** 1892, p. 1, 206, 250.
5. **La garde chirurgicale des hôpitaux,** 1892, p. 289.
6. **L'incident de l'hôpital Saint-Antoine,** 1892, p. 566.

7. **Médecins et administration**, 1892, p. 577.

8. **Le budget de l'Assistance publique**, 1893, p. 1.

9. **Hôpitaux et hospices**, 1893, p. 1.

10. **Quelques gaspillages hospitaliers**, 1893, p. 25.

11. **Blouses antiseptiques**, 1893, p. 61.

12. **L'admission des malades dans les hôpitaux**, 1893, p. 157.

13. **Le Bureau central**, 1893, p. 205.

14. **Les circonscriptions hospitalières**, 1893, p. 229.

15. **Les malades payants dans les hôpitaux**, 1893, p. 289.

16. **L'incident Lallemand**, 1893, p. 313.

17. **La nourriture dans les hôpitaux d'enfants**, 1894, p. 14.

18. **Le Conseil municipal et le Conseil de surveillance de l'Assistance publique**, 1894, p. 121.

19. **L'incident de la Salpêtrière**, 1894, p. 133.

20. **L'incident de l'hôpital Bichat**, 1894, p. 283.

21. **Nécessité de créer des maisons de convalescence pour les enfants atteints de maladies contagieuses**, 1895, p. 26.

22. **La réforme de l'internat**, 1895, p. 98.

23. **Les réformes hospitalières**, 1896, p. 397.

24. **Les modifications au règlement de l'internat**, 1896, p. 445.

25. **L'assistance chirurgicale aux blessés**, 1897, p. 217.

26. **Les concours des hôpitaux**, 1898, p. 59.

27. **Les tuberculeux dans les hôpitaux**, 1898, p. 1187, 1211, 1225.

QUESTIONS DIVERSES.

28. **La permanence de l'agrégation**, 1890, p. 277.

29. **Le concours d'agrégation**, 1898, p. 298.

30. **Le professeur Léon Lefort**, 1893, p. 505.

31. **Le cinquantenaire de la Société de chirurgie**, 1893, p. 517.

32. **La séance annuelle de l'Académie de médecine** (Éloge de U. Trélat, par A. Guérin), 1893, p. 590.

33. **L'affaire Laporte**, 1898, p. 252 et 300.

34. **Une petite révolution** (à propos des cours payants à la Faculté de médecine), 1898, p. 59.

35. **Les médecins et la discipline militaire**, 1893, p. 363 (sous la signature : « Un médecin de réserve »).

IV

ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE INFANTILE.

A titre d'agrégé, j'ai été chargé l'an dernier à la Faculté de médecine :

1° De conférences pendant le semestre d'hiver;

2° D'un cours complémentaire pendant le semestre d'été.

J'ai consacré ces 80 leçons exclusivement à la chirurgie infantile, que j'ai pu de la sorte passer presque complètement en revue. Les leçons relatives à l'ostéomyélite aiguë ont été publiées en une brochure (voir plus loin).

D'autre part, d'octobre 1892 à octobre 1897, j'ai fait le dimanche, à l'hôpital Trousseau, des conférences cliniques à propos de séances opératoires spécialement organisées pour faire passer sous les yeux des élèves les principaux cas de la chirurgie infantile. J'ai renoncé à cet enseignement depuis que je suis, dans le même hôpital, titulaire d'un service où je ne puis disposer d'aucun local pour recevoir les élèves.

V

TRAVAUX RELATIFS A LA CHIRURGIE INFANTILE

Dans mes travaux, de tout temps j'ai fait une large part à la chirurgie infantile. Durant mon prosectorat, dès 1886, je me suis surtout occupé de deux questions anatomo-pathologiques, relatives aux hernies inguinales congénitales d'une part, au bec-de-lièvre d'autre part; et j'ai publié les descriptions et dissections de nombreuses malformations.

A ces études théoriques ont fait suite des recherches d'ordre pratique et opératoire, presque toujours sous forme de mémoires successifs. A côté de mes mémoires personnels, je cite les thèses faites sous ma direction et où sont consignées *in extenso* les observations de ma pratique.

Je tiens à mettre en relief ce fait, démontré par la chronologie de mes travaux, que ma spécialisation en chirurgie infantile n'est pas fortuite, due à mon entrée accidentelle à l'hôpital Trousseau, mais que mon entrée à cet hôpital en est le résultat.

I. — BEC-DE-LIÈVRE.

1. **Dissection des arcades dentaires d'un bec-de-lièvre complexe** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 350).

2. **Sur le siège exact de la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure; ses relations avec le système dentaire** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 255).

3. **Dissection des arcades dentaires de quelques becs-de-lièvre complexes** (*Ibid.*, p. 325).

4. **Note sur les anomalies dentaires accompagnant le bec-de-lièvre latéral de la lèvre supérieure** (*Ibid.*, p. 385).

5. **Le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure (Étude sur l'ostéologie de la face).** Paris, 1887, G. Steinheil. (Extrait des *Annales de gynécologie*.)

6. **Sur la nomenclature et le siège des fissures de la face** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887, p. 537).

7. **Bec-de-lièvre médian complexe de la lèvre supérieure causé par une tumeur de la base du crâne** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 395).

8. **Face de veau présentant une fissure médiane osseuse allant jusqu'à la base du crâne** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 588).

9. **Quelques causes mécaniques du bec-de-lièvre chez certains monstres doubles** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 446).

10. **Quelques observations anatomiques sur le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure** (*Archives de laryngologie*, 1888, p. 128).

11. **Les connexions des voies lacrymales et de la branche montante du maxillaire supérieur dans le colobome de la lèvre supérieure et de la paupière inférieure** (*Archives d'ophthalmologie*, 1889, p. 213).

12. **Bec-de-lièvre supérieur, absence du tubercule médian** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 534).

13. **Traitement des fissures congénitales de la lèvre supérieure et du palais** (*Revue de stomatologie*, janvier et novembre 1895).

14. **Vices de développement de la face et du cou**, article du *Traité de chirurgie* (dirigé par Duplay et Reclus), t. VI, Paris, 1891 ; 2e édition, 1898.

Jusqu'en 1879, il a été admis sans conteste que le bec-de-lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure, dans sa forme la plus ordinaire, fendait l'arcade alvéolaire entre l'intermaxillaire et le maxillaire proprement dit, c'est-à-dire entre l'incisive latérale et la canine. On donnait l'interprétation embryologique du fait en invoquant un défaut de coalescence entre le bourgeon maxillaire supérieur (sus-maxillaire) et le bourgeon nasal interne ou incisif (inter-maxillaire). Le bourgeon nasal externe ne s'interpose pas, en effet, disait-on, entre eux deux à la lèvre supérieure.

En 1879, Albrecht a soutenu qu'en réalité la fissure passe entre l'incisive médiane et l'incisive latérale, soit au milieu même de l'intermaxillaire ; qu'il peut y avoir deux incisives internes, mais que c'est une anomalie ; que presque toujours il y a en dehors de la fissure une incisive précanine. L'anatomie descriptive fait d'ailleurs voir que la duplicité des germes osseux pour chaque os incisif est la règle. Cela doit faire admettre que le défaut de coalescence a lieu entre le bourgeon nasal interne (intermaxillaire interne) et le nasal externe (intermaxillaire externe), ce dernier descendant, quoi qu'on en ait dit, jusque dans la lèvre supérieure et le rebord alvéolaire.

Cette doctrine nouvelle a été fort discutée en Allemagne par His, Th. Kölliker. J'ai donc cru utile de soumettre ces faits à une revision anatomique complète. Je me suis placé exclusivement sur le terrain de l'anatomie descriptive, humaine et comparée. J'ai réuni et disséqué 48 pièces

de bec-de-lièvre latéral chez l'homme. En éliminant celles dont l'une et l'autre théorie peuvent s'accommoder, j'en retiens 36 qui donnent les résultats suivants :

L'incisive précanine borde 33 fois la fissure.

La fissure passe 3 fois entre la 2e incisive et la canine. Et encore ces 3 faits sont-ils discutables.

Au reste, si l'on parcourt les tableaux dressés par Th. Kölliker en faveur de la théorie ancienne (théorie de Gœthe), on constate qu'en réalité ils concordent absolument avec les résultats précédents.

D'autre part, l'examen anatomique des pièces non tératologiques donne encore raison à Albrecht : il y a deux os intermaxillaires de chaque côté.

Reste l'interprétation embryologique. Elle a suscité de nombreuses discussions entre Albrecht, His, Th. Kölliker, Biondi, Warynski, etc. L'hypothèse d'Albrecht n'est pas démontrée, mais elle est la plus séduisante, car elle explique bien les diverses fentes faciales que l'on peut observer :

1° Fente médiane, entre les deux bourgeons nasaux internes;

2° Bec-de-lièvre vulgaire entre le nasal interne et le nasal externe;

3° Colobome de la lèvre supérieure (fissure vue par Guersant) entre le nasal externe et le maxillaire supérieur.

J'ai pu disséquer une pièce de colobome complexe de la lèvre supérieure sur un fœtus remis par M. le professeur Tarnier à M. le professeur Panas, qui a bien voulu m'en confier l'étude. Ce qu'il était intéressant de vérifier sur cette pièce, c'était le passage exact de la fissure dans le massif maxillaire supérieur. Or la fissure alvéolaire était interincisive, ce qui prouve que, vu les anomalies dentaires, on ne peut, d'après le siège alvéolaire, tirer des conclusions fermes sur le siège embryogénique des fissures faciales. La fissure remontait de là en dehors de l'apophyse nasale de l'intermaxillaire, et elle ouvrait les voies lacrymales jusqu'au rebord orbitaire. L'apophyse montante du maxillaire supérieur était absente, ou plutôt fusionnée avec l'apophyse nasale de l'intermaxillaire, qui allait s'articuler avec l'unguis (disposition normale chez certains singes), d'où ces deux conclusions : 1° que l'apophyse montante du maxillaire supérieur provient du bourgeon frontal et non du bourgeon maxillaire supérieur comme on le dit souvent ; 2° qu'il n'y a aucune corrélation entre les lignes

de soudure des bourgeons faciaux et les sutures osseuses du massif maxillaire supérieur.

Cette variété est rare, et la troisième plus encore. Albrecht conteste même l'existence de la fente médiane complexe. Deux de mes pièces en démontrent pourtant la réalité.

L'une d'elles est humaine. Elle est intéressante en ce qu'une tumeur de la base du crâne est la cause mécanique de la malformation faciale.

L'autre est une face de veau et la bifidité va jusqu'à la base du crâne. Elle est importante en ce que chaque fosse nasale est fermée par une cloison interne. Cela prouve donc, avec His et contre Kölliker, que le septum nasal est primitivement formé de deux lames.

Cette fissure médiane doit être distinguée des cas où il y a absence du tubercule médian (lèvre et intermaxillaires internes) et du vomer. On voit dans les musées quelques pièces sèches de ce genre, dont on peut souvent douter, en admettant la perte accidentelle de la baguette vomérienne fracturée. La pièce que j'ai disséquée m'a été remise fraîche et dès lors est incontestable.

A côté de ces variétés, qui semblent bien expliquées par l'évolution des bourgeons faciaux, j'ai disséqué une pièce où la fissure osseuse passe entre la canine et la prémolaire. Mais dans ce cas il y avait une action mécanique intense, car la pointe du cœur adhérait à la face, de ce côté. Il s'agit donc probablement d'un arrachement du point osseux de la pièce canine et non de la persistance d'une fente ou rainure de l'embryon.

Dans ce dernier cas, une action mécanique était indispensable. Une semblable étiologie n'est pas nécessaire, mais est assez fréquente pour les autres variétés.

Toutes ces données ont été résumées dans mes articles didactiques du *Traité de chirurgie* et du *Traité des maladies de l'enfance*.

Ces études sont d'ordre purement théorique. Dans ces dernières années, j'ai pu y joindre les notions pratiques que j'ai acquises à l'hôpital. Dans mon article de la *Revue de stomatologie*, je rapporte d'abord 2 cas d'une malformation rare de la face, la fissure congénitale médiane incomplète de la lèvre supérieure et du nez (nez de dogue). En outre, d'après 50 opérations personnelles, je donne la technique et les indications opératoires auxquelles je suis arrivé actuellement pour la restauration de la lèvre et

du bord alvéolaire. Il est aisé de réduire la perte de sang à presque rien et l'intervention peut être pratiquée sans danger sur les enfants âgés de 3 à 4 mois. Pour la palatoplastie, j'attends l'âge de 6 à 7 ans. J'ai relaté 25 observations personnelles en précisant quelques points du manuel opératoire.

II. — MALFORMATIONS DIVERSES.

15. **Contribution à l'étude des kystes à contenu huileux** (en collaboration avec M. Vassaux) (service de M. le professeur Panas) (*Archives d'ophthalmologie*, juillet-août 1883).

L'étude histologique de l'observation inédite a prouvé que le kyste était dermoïde. L'analyse de 32 observations démontre que cette structure est la règle pour les kystes huileux, moins rares peut-être qu'on ne le pense.

16. **Kyste dermoïde huileux de l'ovaire droit** (observation recueillie par M. Malherbe) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 364; *examen histologique*, par M. Pilliet, *ibid.*, 1893, p. 292).

17. **Tumeur kystique du testicule** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 140; *examen histologique*, par M. le professeur Cornil, p. 160).

Observation d'une lésion fort rare, le tératome kystique étant intra-testiculaire, et non péritesticulaire comme cela est la règle.

18. **Fentes branchiales et fistules congénitales du cou** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 385).

19. Marie Sulicka. — *Des fistules et kystes congénitaux du cou* (kystes et fistules du canal de Bochdalek) (Thèse de Doct., Paris, 1894).

Je rappelle seulement ma première note, car depuis j'ai écrit pour le *Traité de chirurgie* un article complet et déjà cité sur le sujet.

En 1894, j'ai fait étudier spécialement par Mlle Sulicka, dans sa thèse inaugurale, les *kystes et fistules du canal de Bochdalek*, ou canal thyréo-glosse; six de mes observations servent de base à ce travail, où j'ai encore inséré cinq autres observations de kystes branchiaux d'autres régions du cou.

19 *bis.* **Du rôle des vsstiges de l'intsstin post-anal dans la production ds csrtaines tumeurs oongénitales de la région sacro-cocoygienne** (en collaboration avec M. Cazin) (*Rev. d'orthopédie*, 1896).

Deux observations très nettes, et intéressantes également au point de vue opératoire, de cette lésion très rare.

20. **Exstrophie de la vessie. Malformation intsstinale concomitante** (absence de torsion de l'intestin grêle; terminaison en cul-de-sac adhérent à la partie postérieure de la vessie; absence d'anus et de rectum; hernie ombilicale; ectopie testiculaire intra-abdominale; spina-bifida lombaire) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 791).

Cette dissection a pour but de montrer que le ligament interpubien décrit par Meckel, Desault, Fœrster, Houel, etc., aux lieu et place de la symphyse, n'existe pas. Avec Passavant, il faut admettre qu'il y a une fissure vésicale médiane et que les muscles pubo-vésicaux et pubo-prostatiques, tirés de chaque côté, forment ce prétendu ligament. Si on pouvait ramener les symphyses au contact, rien ne s'opposerait à la réduction de la vessie. Les tentatives récentes de Demme, Passavant, Trendelenburg, sont donc anatomiquement justifiées.

D'autre part, l'examen de 29 observations où l'intestin s'abouche sur la vessie exstrophiée prouve que la région iléo-cæcale est le siège usuel de ces abouchements, quoique l'on fasse, en général, intervenir le rectum.

21. **Luxation congénitals de la hanche** (*Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 807; *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1893, p. 222).

22. **Traitement opératoirs de la luxation oongénitale ds la hanche** (*Congrès d'obst. gyn., et pædiatrie*, Bordeaux, 1895, p. 925).

23. **Luxations oongénitales ds la hanche,** lecture à *l'Acad. de méd.*, 1896.

24. **La luxation congénitals de la hanchs et son traitement** (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1896, p. 295 et 345).

Je crois que, dans bien des cas, surtout si on opère les enfants jeunes,

on peut obtenir de bons résultats fonctionnels en traitant les luxations congénitales de la hanche par la méthode sanglante, c'est-à-dire par l'opération dite de Hoffa plus ou moins modifiée. J'ai été le premier en France à pratiquer cette opération, et je crois bien être celui qui l'a, parmi nous, pratiquée le plus souvent.

J'ai fait publier *in extenso* mes observations par mon élève Delanglade dans sa remarquable thèse; j'ai présenté à l'Académie des résultats fonctionnels éloignés et excellents. Les pièces anatomiques, la radiographie démontrent encore que c'est une opération souvent fort bonne. Mais elle ne met pas sûrement à l'abri de la récidive; d'autre part la guérison parfaite, sans aucune claudication, est rare. Aussi ai-je mis depuis 2 ans à l'étude le procédé non sanglant de Lorenz, par lequel sans doute on n'obtient pas la vraie réduction, mais une transformation favorable en luxation antérieure. Cela donne souvent de fort bons résultats, et le sujet peut marcher pendant le traitement. C'est donc après échec seulement de cette méthode que je fais aujourd'hui la réduction sanglante. Je prépare depuis 2 ans une étude sur ce point, avec radiographies.

25. **Traitement du pied bot congénital** (*Congr. franç. de chir.*, 1896, p. 212).

26. A. Boquel. — *Traitement du pied bot congénital chez l'enfant.* Thèse de Doct., Paris, 1895-96.

27. L. Courtillier. — *Contribution à l'étude et au traitement du pied bot congénital* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

Sous ma signature personnelle, je n'ai encore publié sur le pied bot congénital qu'une courte note, exclusivement thérapeutique, pour défendre les opérations économiques portant sur la tête de l'astragale et du calcanéum. Sur les tout jeunes enfants, on doit avoir recours au massage forcé, auquel surtout est consacrée la thèse de Boquel. Dans sa thèse, Courtillier ne s'occupe que de pathogénie; les enfants qu'il a étudiés ont tous été opérés par moi et soignés sous ma direction; leur histoire clinique et thérapeutique sera publiée sous peu.

28. **Quelques observations d'arthrodèse pour pied bot paralytique ballant** (*Revue d'orthop.*, 1894, p. 81).

29. **Le pied bot paralytique et son traitement par l'arthrodèse** (*Revue prat. d'obst. et de pæd.*, 1895, p. 41).

30. J. Brunswic. — *Le pied bot de la paralysie infantile et son traitement chirurgical* (Thèse de Doct., Paris, 1895).

31. M. Bakradzé. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical du pied bot paralytique* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

Mes deux notes personnelles sont fondées sur 15 opérations d'arthrodèse, dont 8 sont publiées *in extenso* dans le premier de ces mémoires. L'année précédente, j'avais inséré deux de ces observations dans la thèse de Bachoursky. Ces faits m'ont permis de constater les excellents résultats définitifs fournis par la fixation de la jointure par ankylose artificielle. Depuis, mes observations ont été publiées, en statistique intégrale, par Brunswic et par M[lle] Bakradzé. Dans cette dernière thèse sont étudiées en particulier les indications — niées à tort par Brunswic — de la tarsectomie lorsque le pied bot paralytique est fixé par des déformations osseuses secondaires.

32. **Dix extirpations de spina-bifida** (8[e] *Cong. franc. de chir.*, 1894 et *Revue d'orthopédie*, 1895, p. 38).

Dans cette note, je cherche à montrer que, si la mortalité opératoire devient légère entre les mains d'un chirurgien expérimenté, le succès thérapeutique est presque toujours compromis par le développement ultérieur d'une hydrocéphalie à marche plus ou moins rapide. J'ai cherché une fois sans succès à enrayer cette hydrocéphalie par la ponction lombaire. Une autre fois, la distension crânio-cérébrale ayant une marche rapide, j'ai drainé les ventricules latéraux et le sujet a succombé en quelques heures (observation publiée au *Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 694).

33. **Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic et invaginé au dehors** (*Rev. d'orthopédie*, 1895, p. 47).

Chez un enfant de 6 mois existait à l'ombilic une tumeur piriforme,

grosse comme l'index, attachée à l'ombilic, revêtue de muqueuse. Au centre existait un orifice par lequel un stylet pénétrait profondément dans l'abdomen. Après incision circulaire autour du pédicule et débridement par en haut, j'attirai au dehors l'anse où s'insérait le diverticule qui fut sectionné. Je fis alors l'entérorraphie, et le malade guérit par première intention.

L'an dernier, j'ai fait soutenir sur ce point une thèse par Durand, à propos de deux nouvelles observations de cette rare malformation.

34. **Encéphalocèle pariéto-occipitale et ectopie extra-thoracique du cœur causées par des adhérences amniotiques** (*Ann. de gynéc.*, 1889, t. XXXII, p. 197).

35. **Brides amniotiques et amputations congénitales** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 496).

On sait le rôle considérable que jouent les adhérences amniotiques dans la genèse des malformations, typiques ou atypiques. Il s'agit ici de malformations atypiques, c'est-à-dire où l'action mécanique ne s'est pas bornée à produire un arrêt de développement. Dans le premier cas, tout se borne, pour l'étude extérieure, à l'énoncé du titre. Dans le second cas sont étudiés des sillons congénitaux existant sur les 4 membres d'un même sujet. Sur cette pièce, on voit nettement une bride amniotique circulaire enserrant le 1/4 inférieur de la jambe contre lequel le gros orteil est fixé par la bride; une sonde cannelée peut passer entre la jambe et le dos du pied. La striction a été suffisante pour fracturer le péroné.

36. **Palmure périnéo-crurale** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 188).

37. **Sur un pied creux talus** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 204).

38. **Sur une anomalie singulière des arcs postérieurs des vertèbres lombaires** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 408).

39. **Évolution tardive des dents permanentes; augmentation numérique douteuse** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 518).

40. **Dilatation énorme du canal cholédoque** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 209, avec dessins).

Observation d'une lésion fort rare, très probablement congénitale : le canal dilaté formait une tumeur qui remplissait tout le ventre.

41. **Trois cas d'imperforation anale opérés avec succès** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1891, p. 309).

42. **Trois cas d'abouchement congénital de l'anus dans l'urèthre** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1893, p. 79).

43. **Un cas d'imperforation anale** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 218).

44. **Le traitement des malformations ano-rectales** (*Bull. méd.*, 1893, et *Rev. prat. d'obst. et de pædiatrie*, 1893).

Observations destinées à prouver que la recherche de l'ampoule par le périnée est presque toujours possible et que c'est la méthode de choix.

45. **Persistance de la scissure limbique** (*Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1887, p. 113).

46. **Note sur un cas de persistance du cartilage de Meckel avec absence de l'oreille externe du même côté. Considérations sur le développement du maxillaire inférieur et des osselets de l'ouïe** (en collaboration avec M. O. Lenoir) (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1896, p. 559).

Pour terminer, je citerai quelques observations recueillies par mes élèves sous ma direction :

47. E. Weil. — Omphalocèle congénitale. Anomalies multiples et arrêts de développement (*Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 121).

48. E. Weil. — Fibro-molluscum congénital du crâne implanté sur le sinus longitudinal supérieur (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 485).

49. A. Mouchet. — Un cas curieux de scoliose congénitale dorso-lombaire (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 469).

Observation très curieuse où la radiographie a prouvé que la cause de la difformité était une vertèbre cunéiforme supplémentaire.

50. L. Mencière. — Série d'arréts de développement tous situés du côté droit (malformations de l'oreille, de la main, du pied et kyste du cordon) (3 figures, 2 planches de radiographie) (*Revue d'orthopédie*, 1897, p. 352).

51. L. Mencière. — Arrêts de développement au niveau de la main. Amputation spontanée et progressive du pouce et de l'auriculaire déjà atrophiés (avec radiographie) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 30).

52. L. Mencière. — Pseudarthrose congénitale de l'extrémité inférieure de la jambe gauche (anatomie pathologique étudiée par la radiographie) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 229).

53. F. Osten. — *Étude sur les résultats obtenus par la ténotomie dans les torticolis musculaires chroniques* (Thèse de Doct., 1896-97).

Dans cette thèse, j'ai eu pour but de faire démontrer : 1° au point de vue pathogénique le rôle probable des ruptures musculaires dues aux accouchements par le siège; 2° au point de vue thérapeutique, la supériorité de la ténotomie à ciel ouvert.

54. F. Giovannoni. — *Contribution à l'étude des kystes séreux congénitaux* (Thèse de Doct., Paris, 1893).

J'ai communiqué à M. Giovannoni une observation de la malformation rare appelée macrocheilie.

III. — HERNIES INGUINALES.

55. **Hernie inguinale gauche volumineuse et ancienne** (symptômes d'étranglement incomplet; mort par péritonite; constatation à l'autopsie d'une hernie de l'S iliaque avec cystocèle inguinale) (service de M. le professeur Guyon) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1882, p. 550).

56. **Hernie inguinale avec position inconnue du testicule** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 232).

57. **Hernie inguinale congénitale du cæcum chez un fœtus de sept mois atteint de pieds bots, de mains botes et de bec-de-lièvre** (rapports du cæcum et du rectum chez le fœtus) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 407).

58. **Recherches sur les hernies inguinales congénitales et acquises** (hernies inguino-interstitielles sans ectopie testiculaire; hernies avec hydrocèle vaginale; cure radicale avec récidive; étranglement de la hernie congénitale chez l'enfant; ectopie inguinale du testicule) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 111 et 272).

59. **Note sur la fréquence de la hernie inguinale directe et sur les enveloppes des hernies inguinales congénitales et acquises** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 976).

60. **Lipomes du cordon spermatique, épiplocèles adhérentes et lipomes herniaires** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 881).

61. **Hydrocèle congénitale** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 337).

62. **Les vsriétés anatomiques et cliniques des hernies inguinales réductibles** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1889, p. 522).

63. **Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme** (*5ᵉ Congrès français de chir.*, 1891, p. 389).

64. **Hernie du cæcum à gauche** (*Bull. de la Soc. anat.*, 2 octobre 1891, p. 547, et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1891, p. 490).

65. **Kyste du cordon situé au-devant d'un sac herniaire, et considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant** (*Bull. de la Soc. anat.*, février 1892).

66. **La cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1892, p. 159, et *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1892, p. 146).

67. **Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1892, p. 159, et *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1892, p. 494).

68. **Quelques faits de kélotomie** (*Mercredi médical*, 1893, p. 61).

69. **Restes du conduit péritonéo-vaginal parallèles à des sacs herniaires** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 23).

70. **Tuberculose du conduit péritonéo-vaginal** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 794).

71. **Hernies de la trompe** (deux observations) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 86).

72. **La cure radicale des hernies chez l'enfant** (*1er Congrès d'obstétrique, gynécologie et pædiatrie*, Bordeaux, 1895).

73. **Hernie inguinale et ombilicale**, article du *Traité des maladies de l'enfance* (dirigé par Grancher, Comby et Marfan), Paris, 1896.

74. **Le traitement des hernies inguinales, chez l'enfant en particulier** (*Sem. méd.*, 9 mars 1898, p. 99).

75. **Technique de la cure radicale de la hernie inguinale oblique externe** (*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, avril 1898, p. 287) (avec 11 fig.).

76. **Tuberculose du canal péritonéo-vaginal chez l'enfant** (*Jubilé de Durante*, Rome, 1898).

77. **Cure radicale des hernies inguinales chez le nourrisson** (*Congr. franç. de chir.*, 1897).

La plupart des hernies inguinales, en tout cas presque toutes celles qu'on opère, sont des hernies congénitales, obliques externes, J'ai commencé, dès 1887, étant prosecteur, à étudier leur anatomie pathologique, souvent mal décrite dans les traités classiques, et cela m'a conduit à régler exactement un procédé opératoire à bien des égards dérivé de celui de Lucas-Championnière, procédé que j'ai depuis 1890 appliqué plus de 1000 fois à la hernie inguinale de l'enfant, garçon ou fille.

Anatomiquement, j'ai eu surtout pour but de démontrer :

1° Que la hernie inguino-interstitielle n'est pas fatalement liée à l'ectopie testiculaire;

2° Que la hernie directe est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, surtout parmi les hernies bilatérales; qu'elle est même, et de beaucoup, la plus fréquente des hernies acquises, la hernie externe étant la plupart du temps congénitale;

3° Que la hernie directe, comme toutes les hernies qui sortent par l'anneau du grand oblique, est entourée par le crémaster, mais que, comme toutes les hernies acquises, elle est située hors de la gaine profonde du cordon;

4° Que toutes les hernies acquises se distinguent en outre de la hernie congénitale (située sous cette gaine profonde) par la présence d'une enveloppe que forme le fascia transversalis refoulé.

Dès 1889, toutes ces données sont exposées didactiquement dans mon article Inguinal du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Depuis, j'ai d'abord appliqué ces données anatomiques aux opérations sur l'adulte et j'ai publié au Congrès de chirurgie une série de 26 opérations concernant 24 sujets, dont une seule femme, cette dernière étant atteinte de hernie bilatérale. Les 24 sujets ont guéri. Les hernies dont ils étaient porteurs se décomposent de la manière suivante.

1° Quatre hernies étranglées, dont trois ont eu l'étranglement aigu de la hernie congénitale; une hernie directe à étranglement insidieux;

2° Une hydro-épiplocèle enflammée;

3° Deux épiploïtes gangréneuses;

4° Dix-neuf hernies réductibles ou chroniquement adhérentes, chez 17 sujets. Parmi les hernies adhérentes, il en est deux où il s'agissait d'adhérences charnues naturelles par glissement du méso-côlon ascendant ou descendant : les deux fois, après réduction de la partie libre de l'intestin, la partie adhérente a pu être réduite par un mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant.

Quatre fois il y avait adhérences de l'épiploon dans une dilatation propéritonéale du sac.

Quatre de ces hernies étaient directes, c'est-à-dire que l'artère épigastrique longeait le côté externe de leur collet.

Dans toutes mes opérations, sauf deux, la recherche du sac, même petit et vide, et sa dissection ont été très faciles, quoique toutes les hernies externes fussent sûrement péritonéo-funiculaires ou péritonéo-vaginales. On dit volontiers, cependant, que dans la hernie congénitale la dissection du sac est difficile, doit même quelquefois être laissée inachevée. Cette opinion est, en règle générale, erronée, à condition toutefois qu'on connaisse exactement les enveloppes qui entourent le sac séreux, enveloppes qui, quoi qu'on en ait dit, se reconnaissent sur le vivant aussi bien que sur le cadavre, que la hernie soit ou non étranglée. Ces enveloppes sont — abstraction faite des hernies dites para-inguinales :

1° *Pour la hernie directe* : peau et dartos, crémaster, fascia transversalis refoulé. Il est extrêmement facile de décoller le sac séreux de celui du fascia transversalis ;

2° *Pour la hernie congénitale*, au-dessous du crémaster, la gaine profonde du cordon, qu'il faut inciser franchement pour y chercher les petits sacs, au milieu des éléments du cordon. Si la hernie est funiculaire, le fond du sac, libre, sert d'amorce à la dissection, facile même quand il y a une dilatation pro-péritonéale. Si la hernie est testiculaire, c'est sur un des bords de l'incision du sac et de la fibreuse commune qu'on isolera d'abord les deux feuillets, en les prenant entre les ongles des deux mains. De la sorte j'ai toujours achevé la dissection jusque dans le ventre, et deux fois seulement ce temps de l'opération a demandé plus de 4 à 5 minutes.

La pièce de hernie du cæcum que j'ai décrite est intéressante en ce que le cæcum a franchi l'anneau inguinal *gauche*. A ce propos, j'étudie la genèse de la hernie du cæcum en général et je soutiens, contrairement à

Tuffier, que la hernie primitive du cæcum est rare et que bien au contraire le cæcum suit, avec le temps, la dernière anse de l'intestin grêle, contenu habituel des hernies intestinales.

Le procédé opératoire étant sûr et rapide, il convenait de l'appliquer aux enfants, dont on a à mon sens exagéré la tendance à guérir par le bandage. J'ai d'abord opéré les hernies des enfants un peu âgés, puis, sur les sujets plus jeunes, celles où une complication (ectopie testiculaire, kyste du cordon, adhérences intestinales ou épiploïques) rendait impossible le port du bandage. J'ai ainsi constaté, en abaissant peu à peu la limite d'âge, qu'à partir de 2 ans environ le danger opératoire est nul (1 mort par péritonite, en 1893, sur environ 1 000 opérations). Chez le nourrisson, avant sevrage complet, il y a deux dangers, qui tiennent à l'hospitalisation avec hygiène vicieuse : la diarrhée et surtout la bronchopneumonie. Ils ne causent d'ailleurs qu'une mortalité de 2 à 3 p. 100; mais sont suffisants pour ne pas faire entreprendre la cure radicale de parti pris chez le nourrisson.

Les résultats définitifs sont excellents : sur 250 cas que mon élève Mlle Gordon avait revus en 1894 (statistique publiée dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift*) plus de 6 mois après l'opération, il n'y avait que deux récidives. Depuis, j'ai toujours soin de revoir et de faire revoir mes opérés et dans les thèses ci-dessous on trouvera leur histoire à longue échéance.

Comme complication spéciale, je signalerai la tuberculose herniaire, avec ou sans péritonite tuberculeuse concomitante. L'opération est sans doute plus grave dans ces conditions (3 morts sur 18 cas), mais elle s'adresse à une lésion grave; et après guérison opératoire, les sujets restent définitivement guéris, comme l'a constaté R. Petit en revoyant mes malades.

Les observations qui servent de base à mes mémoires sont en grand nombre publiées *in extenso* dans les thèses suivantes, écrites sous ma direction :

78. Tariel. — *De la hernie inguinale étranglée chez l'enfant* (Thèse de Doct., Paris, 1894).

Travail d'ensemble, fondé sur 10 opérations de ma pratique personnelle, et auquel M. Tariel a adjoint un tableau statistique important, d'après 128 observations publiées.

79. Cachau. — *Kyste du cordon et du canal de Nuck* (Thèse de Doct., Paris, 1893).

80. E. Delanglade. — Kystes du cordon et du canal de Nuck et hernies inguinales (*Bull de la Soc. anat.*, 1894, p. 463).

81. L. Mencière. — *Kystes du canal péritonéal vaginal et kystes du canal de Nuck*, Paris, G. Steinheil, 1898.

Toutes les fois que j'ai pratiqué l'extirpation d'un kyste du cordon, j'ai trouvé un sac herniaire au-dessus de ce kyste. Ce fait anatomique démontre d'abord que, quoi qu'on en dise parfois encore, ces kystes relèvent du canal péritonéo-vaginal et non de débris du corps de Wolff. D'autre part, je conclus que l'extirpation avec cure radicale de la hernie est le procédé de choix. M. Delanglade a donné, avec dessins à l'appui, la description des diverses connexions que la hernie peut affecter avec le kyste. A l'aide de 135 pièces recueillies par moi sur le vivant au cours de mes opérations, Mencière a vérifié et précisé ces faits; il a publié 92 dessins probants.

82. L. Mencière. — Hernie de l'ovaire, particulièrement chez la petite fille (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin 1897).

83. Poulaine. — *De la hernie inguinale avec ectopie testiculaire chez l'enfant* (Thèse de Doct., Paris, 1893).

Thèse établie sur 20 opérations de ma pratique. La cure radicale, qui actuellement semble nettement indiquée dans les cas de ce genre, peut toujours être menée à bien avec dissection complète du sac et conservation du testicule. Il convient de descendre le testicule dans les bourses, mais je crois inutile de l'y fixer par un point de suture auquel manque tout appui solide. Si le cordon est suffisamment long, le résultat définitif est excellent. (Voir aussi la thèse de Bezançon, Paris, 1892.)

84. P. Renault. — *Les hernies inguinales du cæcum et de l' S iliaque* (Thèse de Doct., 1897-98).

Thèse établie sur 31 opérations de ma pratique. Ces hernies du gros intestin sont donc chez l'enfant moins exceptionnelles qu'on ne le dit par-

fois. Leur opération est sans gravité, et c'est le seul traitement qui leur convienne.

85. P.-F. Talandier. — *De la hernie inguinale épiploïque chez l'enfant* (Thèse de Doct., 1897-98).

On répète souvent que l'épiploon n'habite que rarement les hernies intestinales chez l'enfant : 101 observations de ma pratique (sur environ 1 000 cures radicales) prouvent que cette assertion est erronée. Ces épiplocèles doivent être soumises à la cure radicale, dont la mortalité est nulle.

86. R. Petit. — Tuberculose péritonéo-vaginale chez l'enfant (*Rev. de la tub.*, Paris, 1897, p. 219).

87. C. Nurdin. — *De la tuberculose herniaire et vagino-péritonéale* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

88. P. Vassal. — *Considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille* (Thèse de Doct., 1894-95)

Thèse établie sur 51 observations inédites.

89. L. Bonnet. — *De la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez l'enfant en bas âge* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

Thèse établie sur 150 observations inédites.

90. L. Mencière. — Epiploïtes tardives consécutives à la cure radicale ou à la kélotomie (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 16 mai 1897, p. 459).

91. P. Rogier. — *Étude sur les hernies ombilicales qu'on rencontre chez le nouveau-né* (Thèse de Doct., Paris, 1898-99).

IV. — PATHOLOGIE DES OS ET ARTICULATIONS.

92. **Examen d'un enfant atteint d'une lésion des membres** (*Bull. méd.*, 1898, p. 833).

Dans cette leçon, par laquelle ont débuté les conférences dont j'ai été chargé l'an dernier à la Faculté de médecine, j'expose les règles générales qui doivent être suivies, chez l'enfant en particulier, dans l'examen clinique. J'insiste principalement sur les lésions inflammatoires, sur la manière de dépister les ostéo-arthrites au début.

Parmi les leçons suivantes, j'ai publié déjà celles qui ont trait à :

93. **L'ostéomyélite et ses formes** (conférences professées à la Faculté de médecine), Paris, G. Steinheil, 1898.

Dans ces leçons, j'ai cherché à faire comprendre aux élèves toutes les variétés étiologiques, anatomiques et cliniques que peut présenter cette inflammation osseuse. J'ai ainsi résumé dans une étude d'ensemble ce que m'avaient enseigné les faits et observations épars déjà publiés par moi ou par mes élèves.

94. **Ostéomyélite aiguë de l'adolescence, endopéricardite** (service de M. le professeur Lannelongue) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 293).

95. **Observation d'ostéomyélite chronique d'emblée de l'adolescence** (service de M. le professeur Verneuil) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 210).

96. **Ostéomyélite chronique d'emblée** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 287, et 1892, p. 209).

97. J. Even. — *Contribution à l'étude de quelques formes atténuées d'ostéomyélite* (Thèse de Doct., Paris, 1892).

Parmi ces variétés, j'ai cru devoir mettre en relief celles qui tiennent au degré de virulence de l'infection osseuse. Dès 1885, j'ai insisté sur les

formes atténuées de l'ostéomyélite et, dans la thèse de mon élève Even, on trouvera des observations avec examen bactériologique ne permettant pas de révoquer en doute la réalité de cette ostéomyélite chronique. Le diagnostic en est parfois délicat avec la syphilis, avec la tuberculose, mais on a eu tort d'attribuer à ces deux dernières diathèses toutes les infections osseuses chroniques d'emblée. Je parle ici spécialement de l'ostéomyélite à staphylocoques; et ce que je vais dire de l'ostéomyélite à bacilles d'Eberth va prouver qu'inversement, si cette infection est en général assez torpide, elle peut quelquefois être très aiguë.

98. **Ostéomyélite costale à bacilles d'Eberth** (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 15 décembre 1893, p. 863, et *Mercredi médical*, p. 609).

99. **Inflammations typhoïdiques du squelette** (en collaboration avec le Dr Achard) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1895, p. 42).

La première de ces observations est relative à un abcès froid costal à bacilles d'Eberth. Quoique le commémoratif de fièvre typhoïde fût peu net, j'ai porté le diagnostic exact, vérifié par l'examen bactériologique qu'a pratiqué M. Achard. Dans cette note, j'ai soutenu que si les allures torpides attribuées à cette ostéomyélite par MM. Chantemesse et Widal étaient la règle, on ne devait pas considérer cette règle comme absolue, et peu de temps après j'ai observé en effet un cas d'ostéomyélite typhoïdique aiguë du tibia, avec contrôle bactériologique. En même temps que ce fait, j'ai publié un exemple de chondrite costale à bacilles d'Eberth, provenant d'un malade que soignait M. Achard et que j'ai opéré. On trouvera dans ces mémoires 2 observations (côte, clavicule) sans examen bactériologique, les malades ayant été observés à la période de fistule.

Tout en ayant surtout tendance à produire des lésions osseuses à marche chronique, le bacille d'Eberth peut donc engendrer des ostéites aiguës. En cela, il rentre dans la règle, car tous les microbes pyogènes peuvent provoquer une ostéomyélite qui affecte tous les degrés possibles d'acuité, depuis la chronicité parfaite jusqu'à la mort en quelques heures.

100. **Quelques ostéites graves des mâchoires** (*Rev. de stomatologie*, 1896, n° 8).

101. A. Delucq. — *De l'ostéomyélite du maxillaire inférieur et de ses rapports avec la dentition* (Thèse de Doct., 1897-98).

La fréquence et la gravité des ostéites de la mâchoire sont bien plus grandes dans le jeune âge; cela tient aux phénomènes physiologiques liés à l'évolution dentaire. J'ai montré que, sans carie, toutes les dents peuvent provoquer des accidents infectieux, avec ou sans nécrose, comparables à ceux que provoque la dent de sagesse. D'autre part, en cas de carie dentaire, une fois la mâchoire infectée, le séquestre englobe les follicules des dents de remplacement et leur extraction est indispensable à la guérison. Mon mémoire personnel contient 14 observations; dans sa thèse, Delucq a complété ma statistique et a développé mes conclusions.

102. J. Braquehaye. — Ostéomyélite costale (*Presse méd.*, 1894, p. 358, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 676).

103. J. Braquehaye. — Ostéomyélite de la clavicule (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1895, p. 101). (Quatre observations.)

104. J. Braquehaye. — Ostéomyélite chez les enfants en bas âge (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, mai 1895).

105. D. Lamothe. — *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite des jeunes enfants* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

Dans mes leçons d'ensemble, j'ai résumé les faits relatifs à l'ostéomyélite des nouveau-nés; les observations sont publiées par Braquehaye et Lamothe. Dans le mémoire de Braquehaye, on en trouve 44, et d'après ma statistique l'ostéomyélite, souvent dite rare à cet âge, est en réalité très fréquente. Elle présente des particularités dues sans doute pour une bonne part à ce que l'infection est souvent engendrée non pas, comme plus tard, par le staphylocoque, mais par le streptocoque et le pneumocoque. La gravité immédiate est considérable mais après guérison l'enfant est bien moins exposé que les sujets plus âgés aux séquelles de l'ostéomyélite prolongée.

Chez les jeunes enfants, les complications articulaires offrent une fréquence spéciale, et il paraît même probable que parfois une arthrite suppurée provient d'un point d'ostéomyélite méconnue. Ce qui est certain,

c'est que chez l'enfant en bas âge on observe des arthrites suppurées à allures spéciales.

106. J. Martirené. — *Réflexions sur quelques cas d'arthrite aiguë chez l'enfant* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

107. A. Mouchet. — Arthrite suppurée du genou gauche, à streptocoques, et foyer d'ostéomyélite à streptocoques de la partie supérieure du tibia gauche chez un nourrisson (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, février 1899).

C'est à ces arthrites en apparence idiopathiques que mon élève Martirené a consacré sa thèse, pour montrer leur lien avec l'ostéomyélite. Et à cet égard une observation des plus nettes — dont le titre suffit comme résumé — a été publiée depuis par mon interne A. Mouchet.

108. **Sur l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 287; 1892, p. 250; — *Congr. d'obst., gyn. et pædiatrie*, Bordeaux, 1895, p. 871).

109. E. Girard. — *De l'ostéomyélite aiguë de la hanche* (Thèse de Doct., Paris, 1893).

Lorsqu'une articulation se met à suppurer au cours d'une ostéomyélite, le pronostic en est fort aggravé si la jointure est grande; et il devient très sombre s'il s'agit de la hanche. Or à la hanche sont certainement réunies les conditions les plus favorables à cet envahissement : du côté du bassin comme du côté de la tête fémorale, les cartilages de conjugaison sont en effet intra-articulaires. De là des allures cliniques très spéciales : on est en présence d'une arthrite suppurée de la hanche, et il faut en chercher le point de départ. De là une différence très nette entre les ostéomyélites de la tête fémorale et celles de la région trochantérienne, bien moins graves; de même, pour le bassin, entre celles du cotyle et celle du pubis ou de la crête iliaque. Girard a publié mes observations en 1893.

110. **Arthrites non tuberculeuses des vertèbres cervicales** (*Bulletin médical*, 1894, p. 483).

111. J. Humeau. — *De l'arthrite cervicale d'origine rhumatismale* (Thèse de Doct., Paris, 1895-96).

Je publie dans cette leçon 4 observations d'arthrite aiguë des vertèbres cervicales avec torticolis. Cette affection, souvent méconnue, a été décrite avec soin par M. Lannelongue dans ses leçons sur le mal de Pott. La plupart du temps, on obtient par l'extension continue la guérison complète, mais quelquefois il persiste du torticolis par arthrite déformante, ainsi que j'en rapporte un exemple. Cet article est rédigé sous forme de leçon clinique. On trouvera 16 observations (constituant à cette époque ma statistique intégrale) dans la thèse de mon élève Humeau.

112. E.-B. Destounis. — *Étude sur l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

Souvent on ne songe pas, chez l'enfant, à l'arthrite blennorrhagique, et de là des erreurs de diagnostic préjudiciables. Or c'est une lésion qui n'est pas très rare, puisque j'ai pu en communiquer 11 cas à mon élève Destounis. Chez le garçon, l'uréthrite se complique rarement de la sorte. Mais chez la fille, il faut songer, en cas d'arthrite, à examiner s'il n'existe pas de la vulvo-vaginite.

113. **Diphthérie traitée par la sérumthérapie, arthrite suppurée du coude, arthrotomie, guérison** (*Rev. des mal. de l'enfance*, 1895, p. 32).

Il est à noter que dans cette observation — la première de ce genre publiée en détail — l'examen bactériologique a prouvé que le pus était stérile.

114. **Le pied plat valgus douloureux** (*Rev. d'obstétrique et de pædiatrie*, mai-juin 1895 : Leçon professée au concours d'agrégation).

115. **Le traitement des tumeurs blanches chez l'enfant.** Un volume de l'encyclopédie Léauté, 1893.

116. **Traitement de la coxalgie chez l'enfant** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1897).

117. A. Mouchet. — Sur un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude à foyer huméral précisé par les rayons X (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897, p. 733).

Sur la tuberculose articulaire, j'ai publié un petit volume d'ordre pratique. Je m'y montre résolument conservateur et je m'élève contre la pratique des résections précoces, qui chez l'enfant compromettent gravement le développement du membre en longueur. Ces idées sont celles que j'ai défendues pour la coxalgie, où je suis partisan du traitement par l'extension continue, l'appareil plâtré étant réservé à la convalescence.

C'est pour la hanche surtout qu'il convient d'étudier, comme je l'ai fait dans les mémoires suivants, le traitement de l'ankylose en position vicieuse, la coxalgie étant guérie.

118. **Traitement opératoire de l'ankylose de la hanche en position vicieuse par l'ostéotomie oblique du fémur** (*Revue d'orthopédie*, 1892, p. 41, et *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1892, p. 92).

119. **Ostéotomie oblique du fémur pour ankylose de la hanche** (*Rev. d'orthopédie*, 1893, p. 258).

120. M. Tavera. — *Du traitement des ankyloses vicieuses de la hanche, et en particulier de l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

L'ankylose de la hanche en position vicieuse (flexion et adduction) nécessite un traitement chirurgical. L'ostéoclasie donne parfois de bons résultats, mais n'est pas possible à régler complètement; la méthode sanglante doit donc être préférée. Dans ces conditions, la résection est très difficile et la plupart des chirurgiens sont d'accord pour préférer l'ostéotomie sous-trochantérienne. Mais lorsque la déviation est considérable, l'ostéotomie transversale ordinaire, qui ne permet le redressement qu'au prix d'une flexion angulaire du cal égale à l'angle de déviation, ne donne pas toujours au membre une solidité suffisante; de plus, les fragments ne se touchent, après redressement, que par une surface de petite étendue; enfin, la persistance d'un raccourcissement réel est inévitable. Hennequin a montré qu'il en est autrement après l'*ostéotomie oblique*, après laquelle

on peut appliquer l'extension continue et corriger tout raccourcissement sans crainte de voir les fragments s'abandonner. J'ai obtenu ainsi des redressements presque parfaits — et les sujets marchent sans canne — chez plusieurs enfants dont la hanche était, à la suite d'une vieille coxalgie, fléchie à angle droit et en adduction extrême. Après cette intervention, le meilleur appareil à extension est celui d'Hennequin, car c'est celui qui permet le mieux de graduer à volonté l'abduction et la rotation en dehors.

121. **Perforation tuberculeuss du sternum; ostéites tubsrculsuses multiples** (service de M. le professeur Lannelongue) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 330).

122. **Séqusstre probablement tuberculeux du frontal** (service de M. le professeur Lannelongue) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 328).

123. **De l'hémarthrose du genou chez l'enfant** (*Presse médicale*, 1894, p. 397).

124. **De la fièvre dans les fractures fermées chez l'enfant** (*Mercredi médical*, 1895, p. 49).

125. **De la fièvre assptique consécutivs à certaines lésions traumatiques** (en collaboration avec M. R. Lacour) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1895, p. 110).

126. **Plais par arme à feu du thorax, hémothorax non suppuré, pleurotomie, guérison** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1891, p. 564).

J'ai insisté, dans la première de ces leçons, sur la fréquence avec laquelle l'hémarthrose du genou s'accompagne d'une hyperthermie sérieuse, capable de faire croire à une arthrite et de faire pratiquer inutilement l'arthrotomie. Une fièvre semblable existe dans les fractures et quelquefois elle est assez vive pour que le diagnostic entre la fracture et l'ostéomyélite soit délicat. A propos de ces faits, je passe en revue les diverses théories et je conclus à l'existence d'une fièvre aseptique par résorption de produits pyrétogènes au niveau d'un épanchement sanguin. Il y a là des faits comparables à ceux que l'on observe pour les épanchements sanguins

dans les grandes séreuses; et en particulier, dans un cas d'hémothorax traumatique, j'ai observé, l'épanchement étant aseptique, une hyperthermie qui m'a conduit à pratiquer la pleurotomie.

127. **Écrasement du thorax.** Fractures multiples de côtes à droite avec déchirure du poumon. Pneumothorax à gauche par rupture de la bronche gauche. Arrachement de la face supérieure du corps de la 5ᵉ vertèbre dorsale. Arrachement du cartilage de l'extrémité externe de la clavicule gauche. (Service de M. le professeur Lannelongue.) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 334.)

Le fait remarquable de cette observation est l'existence d'une perforation inexpliquée de la paroi postérieure de la bronche gauche.

128. **Écrasement par un tramway.** Section complète de la jambe gauche au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. Amputation de cuisse. Mort par choc traumatique. (Service de M. le professeur Lannelongue.) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 407.)

129. **Écrasement de la cuisse par une voiture. Décollement de l'épiphyse inférieure du fémur.** Effilement de l'artère poplitée. (Service de M. le professeur Verneuil.) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 228.)

Ces deux observations sont deux types différents de décollement de l'épiphyse fémorale inférieure. Dans la première, il y a décollement du condyle externe et arrachement du condyle interne. Dans l'autre, il y a décollement pur.

130. **Note sur les plaies par écrasement des artères** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 70 et 264).

Cette note (et l'observation précédente) contient l'étude des divers états des artères dans les plaies par écrasement. En particulier, j'y fais remarquer qu'il y a souvent des lésions semblables à celles de l'arrachement. M. Verneuil et ses élèves, Chuquet, Kirmisson, Duret, avaient déjà insisté sur ces faits, importants pour l'étude des hémorrhagies primitives.

131. A. Mouchet. — Fracture des deux os de l'avant-bras à leur partie inférieure; interposition entre les deux du fragment cubital qui gêne la supination; extirpation; bon résultat fonctionnel (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 16 oct. 1898).

132. A. Mouchet. — Note sur deux observations de luxations rares : luxation métacarpophalangienne en avant de l'index (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 17 mars 1898).

133. A. Mouchet. — *Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus* (Thèse de Doct., Paris, 1898-99).

134. A. Buthaud. — *Recherches sur les causes d'irréductibilité et sur le traitement de quelques luxations du coude* (Thèse de Doct., Paris, 1896).

Dans la thèse de Mouchet, on trouvera cent observations de fractures du coude étudiées sous ma direction avec le contrôle de la radiographie.

La thèse de Buthaud est consacrée aux luxations irréductibles : l'irréductibilité est due à des interpositions de ligaments ou de petits éclats osseux et doit être traitée par l'arthrotomie.

V. — CHIRURGIE DE L'OREILLE.

135. **Opérations sur l'apophyse mastoïde** (*8e Congr. franç. de chir.*, 1894, et *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1895, p. 1).

136. **Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement** (en collaboration avec M. le Dr Lubet-Barbon), 1 vol. in-8 de 260 p., Paris, 1895.

137. **Traitement des abcès encéphaliques consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne** (*Gaz. hebd. de méd et chir.*, 1893, p. 445).

138. **Abcès du cerveau et méningites consécutifs à des suppurations de l'oreille moyenne** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 561).

139. **Les complications intra-crâniennes des otites moyennes suppurées** (*Revue prat. d'obs. et de pædiatrie*, 1895, p. 206, 225, 289).

140. **Traitement des mastoïdites** (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 décembre 1895, p. 890).

141. **Mastoïdite aiguë et périostite mastoïdienne** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1896, p. 613).

142. **Mastoïdite et furoncle de l'oreille** (*Presse méd.*, 1895).

143. **Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 177).

144. **Discussion sur le traitement chirurgical des otites chroniques** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 742).

145. **Les complications intra-crâniennes des otites** (*Bull. et Mém. de la Soc de chir.*, 1896, p. 651 et 683).

146. **Trépanation pour abcès du cerveau d'origine otique** (*Congr. franç. de chir.*, 1896, p. 268).

147. **Abcès du cou consécutifs aux otites moyennes suppurées** (*Congr. franç. de chir.*, 1896, p. 378, et *Arch. intern. de laryng.*, janvier 1897).

148. **Sur les abcès cérébelleux** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1898, p. 1120).

149. **Chirurgie opératoire de l'oreille moyenne,** Paris, G. Masson, 1899, 1 vol. de 120 p. avec 98 fig.

150. **Abcès du triangle maxillo-pharyngien ouvert dans le conduit auditif** (observation recueillie par M. Meslay; recherches anatomiques par M. Mayet) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 948, 951, 952).

151. H. Favraud. — *Lymphangites péri-auriculaire simulant la mastoïdite* (Thèse de Doct., Paris, 1895).

152. P. Audion et A. Mouchet. — Mastoïdite suppurée; ostéomyélite à foyers multiples (tibia, humérus, clavicule) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 1141).

153. Ch. Millet. — *L'apophyse mastoïde chez l'enfant* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

Toute infection aiguë de la caisse s'accompagne d'une infection semblable des cellules mastoïdiennes, mais tant que l'aditus reste perméable, le chirurgien n'a pas à intervenir. Si le défilé s'obstrue, le pus est retenu et l'intervention opératoire s'impose. Il faut alors trépaner l'apophyse et l'incision simple, dite incision de Wilde, doit être définitivement repoussée. Les seuls cas, en effet, qui pourraient lui être attribués, sont ceux de périostite mastoïdienne. Or cette périostite, sans mastoïdite, me paraît problématique, et je crois que souvent on lui attribue des faits qui relèvent en réalité de *lymphangites périauriculaires*. Cela s'observe, en particulier, pour le furoncle de l'oreille, et on trouvera 22 observations de ce genre dans la thèse de Favraud.

Pour pratiquer la *trépanation*, il faut aller directement à la rencontre de l'antre, qui est la seule cellule constante, chez l'enfant en particulier. On trouvera cette cellule dans un carré de 1 centim. de côté (chez l'adulte) situé derrière la moitié supérieure du conduit, à 5 millim. en arrière de ce conduit. On peut toujours éviter d'ouvrir le sinus, où sur plus de 100 opérations mon ciseau n'a jamais pénétré.

S'il s'agit d'une mastoïdite aiguë avec otite aiguë, on s'en tient à cette trépanation. Mais si l'origine des accidents mastoïdiens, aigus ou chroniques, est une otite moyenne chronique, il faut absolument aller jusqu'à la caisse pour la désinfecter et la drainer. On ouvrira donc, sur le protecteur de Stacke, le canal de l'antre, puis la caisse, et par cette ouverture large et méthodique du rocher on ménage presque toujours le nerf facial.

Il y a, dans cette région osseuse si complexe, de grandes variations anatomiques, aussi ai-je cru utile de consacrer un volume, accompagné de 92 figures dessinées d'après nature, à représenter dans tous leurs détails, à tous les âges, dans tous leurs types, les *rapports chirurgicaux et les procédés de médecine opératoire*.

Certains abcès mastoïdiens fusent vers le triangle maxillo-pharyngien. Ils doivent être soigneusement différenciés en clinique — ce que l'on fera par la constatation de l'intégrité de la membrane tympanique — des *abcès maxillo-pharyngiens* qui se vident dans le conduit, à la faveur d'un orifice, normal chez l'enfant en bas âge, de la paroi osseuse de ce conduit. J'ai recueilli trois observations de cette lésion rare; l'une d'elles a été publiée à la Société anatomique par M. Meslay, et à ce propos M. Mayet a entrepris des recherches sur l'ossification du conduit.

A côté de ces abcès mastoïdiens cervicaux qui constituent la *mastoïdite de Bezold*, il faut faire une place aux adénophlegmons et surtout aux abcès veineux par phlébite de la jugulaire. J'ai consacré à ces divers abcès cervicaux un mémoire isolé.

Les abcès par phlébite nous conduisent aux complications intra-crâniennes, si graves et si fréquentes, des otites. J'ai cherché à faire voir quelle est la difficulté du diagnostic entre ces diverses complications, et à conclure de là qu'il fallait, pour s'attaquer à elles, choisir un procédé opératoire permettant de pratiquer séance tenante toutes les explorations nécessaires. Et cela d'autant mieux que plusieurs lésions sont assez souvent associées.

C'est pour cela que depuis le début de mes recherches j'ai préconisé et, je crois, perfectionné le traitement des complications intra-crâniennes des otites par la voie mastoïdienne. En effet, les cavités de l'oreille étant ouvertes ainsi qu'il est dit plus haut, on a toute facilité pour aborder soit le cerveau, soit le cervelet, sans faire au crâne une nouvelle brèche. La voie mastoïdienne peut servir à toutes les interventions requises par les complications intra-crâniennes des otites (abcès entre l'os et la dure-mère, abcès encéphaliques, phlébite des sinus), et comme d'autre part la trépanation complète doit toujours avoir été pratiquée d'abord, pour éviter toute stagnation de pus dans l'oreille, il en résulte que cette voie doit être toujours choisie pour entrer dans le crâne. Pour aller au cerveau, on défonce en haut la caisse et l'aditus; pour aller au cervelet, on ouvre la crâne en arrière de l'apophyse, soit en avant, soit en arrière du sinus, qui est mis à nu pour servir de point de repère.

Ces recherches sur les complications intra-crâniennes des otites constituent un des chapitres de mon *Traité de chirurgie cérébrale* et me conduisent à son analyse.

VI. — CHIRURGIE CRANIO-CÉRÉBRALE.

154. **Drainage des ventricules cérébraux pour hydrocéphalie** (*Rev. de chirurgie*, 1891, p. 37).

155. **Trépanation pour épilepsie jacksonienne** (1° kyste coexistant avec une sclérose cérébrale infantile; 2° ostéite prolongée consécutive à une fracture compliquée du crâne) (5° *Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 137).

156. **Hyperthermie par contusion cérébrale** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 691). [Une autre observation sur ce sujet a été communiquée par moi à Guyon fils et se trouve dans sa thèse (Paris, 1893).]

157. **Traité de chirurgie cérébrale** (en collaboration avec M. le Dr Maubrac), Paris, G. Masson, 1895.

158. **Extirpation d'une tumeur cérébrale** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 406).

159. H. Leclerc. — *Contribution à l'étude des épanchements sanguins intra-crâniens* (Thèse de Doct., Paris, 1895-96).

160. T. Amice. — *Aphasie traumatique* (Thèse de Doct., Paris, 1896-97).

161. G. Poirier. — *Contribution à l'étude des traumatismes du crâne chez les enfants* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

162. J. Masarenier. — Craniectomie pour hémiplégie incomplète supposée d'origine traumatique et due à une méningite tuberculeuse (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1899, p. 181).

Dans mes travaux sur la chirurgie cérébrale il n'est pas question exclusivement d'enfants, mais dans mon *Traité de chirurgie cérébrale* les observations de ma pratique personnelle (au nombre de 30) concernent presque

toutes des enfants. Ce volume est divisé en deux parties : dans l'une sont étudiées l'anatomie et la physiologie dans leurs conséquences chirurgicales, les indications opératoires générales et la séméiologie d'ensemble, le manuel opératoire; dans l'autre j'étudie successivement les lésions traumatiques, les tumeurs, les complications des otites, l'épilepsie, l'hydrocéphalie, la microcéphalie, les psychoses.

Il y a trois ordres principaux d'indications à la trépanation du crâne, la trépanation immédiate pour accidents traumatiques mise à part :

1° On se guide sur une lésion extérieure;

2° On va à la recherche d'une lésion cérébrale, de nature connue ou inconnue, dont le siège peut être diagnostiqué en rapprochant les symptômes qu'elle provoque de ce que nous savons sur les localisations cérébrales;

3° On opère sans être ainsi conduit par la doctrine des localisations, mais on a pu diagnostiquer la nature de la lésion, et dès lors, d'après nos connaissances anatomo-pathologiques, on sait quel est son siège usuel, on sait aussi par quelle voie il convient le mieux de l'aborder.

Les lésions extérieures qui peuvent nous servir de guide sont à peu près toutes d'ordre traumatique. Le type des interventions de la deuxième catégorie nous est fourni par les trépanations pour tumeurs, ce mot étant pris dans son sens clinique : il est impossible de s'attaquer à un néoplasme, pas plus qu'à un kyste, si ce néoplasme ne cause pas des symptômes de localisation, dont l'épilepsie jacksonienne est le plus vulgaire. Le type, enfin, de la 3e espèce, nous est donné par les abcès cérébraux de l'otite moyenne : ces abcès ne causent presque jamais de signes de localisation, mais ils provoquent des symptômes rationnels qui font diagnostiquer leur existence, et d'autre part l'anatomie pathologique nous apprend quel est leur siège usuel. Mais les abcès ne sont pas seuls représentants de ce type, dans lequel il faut encore ranger les trépanations pour hydrocéphalie.

A la dernière catégorie appartient une trépanation pour hydrocéphalie avec drainage prolongé des ventricules et guérison opératoire. Je ferai remarquer que c'est la première opération de ce genre faite en France et actuellement encore le seul succès obtenu dans notre pays. C'est d'ailleurs de la chirurgie à résultats très médiocre.

Dans mon cas il y avait un signe de localisation : une contracture athé-

tosique du membre supérieur que j'ai fait cesser. Je n'ai toutefois pas songé à mettre à nu le centre cortical du membre supérieur. C'est que, d'après l'histoire de la maladie, j'avais diagnostiqué une hydrocéphalie intra-ventriculaire, et dès lors j'ai pensé que la première indication chirurgicale était de vider ces ventricules. Je ne me suis laissé guider par la physiologie que pour choisir le ventricule droit et c'est lui que j'ai drainé.

A ce point de vue, j'opposerai cette observation à la suivante où, trépanant sur le centre du membre supérieur gauche, j'ai évacué un kyste cérébral et grandement amélioré une épilepsie jacksonienne. Dans ce cas, en effet, M. Charcot avait diagnostiqué une monoplégie brachiale spasmodique infantile. La lésion ancienne, contre laquelle la chirurgie devait se déclarer impuissante, était sans doute une sclérose cérébrale; mais depuis 4 ans s'étaient ajoutées des crises d'épilepsie jacksonienne. Si bien que le professeur Charcot soupçonnait un kyste et il envoya le malade à M. Terrier pour qu'on tentât l'évacuation de ce kyste. M. Terrier voulut bien me confier ce sujet, qu'avec son assistance je trépanai sur le centre du pouce gauche. Il y avait en effet un kyste qui fut drainé. A la suite de cette opération le patient, dont M. le Dr Monprofit (d'Angers) a bien voulu m'envoyer à plusieurs reprises des nouvelles, a été considérablement amélioré : il n'a plus que de petites crises nocturnes, sans grandes convulsions, son bras prend de la force, sa vue devient meilleure et surtout son caractère est beaucoup moins irascible.

J'attirerai l'attention sur la tumeur cérébrale dont j'ai publié l'histoire à la *Société de chirurgie :* elle pesait 125 grammes, ce qui est énorme, et le malade a guéri à merveille après son ablation.

Pour les lésions traumatiques suivies d'épilepsie tardive, il ne faut pas abuser de la mise à nu de l'écorce cérébrale s'il existe de l'ostéite crânienne. Ainsi, une de mes premières observations concerne un homme qui avait été atteint en novembre 1889 d'une fracture compliquée, suppurée, pour laquelle, en décembre, M. Terrier avait fait une trépanation et avait évacué une petite collection purulente sous l'arachnoïde. Le résultat fut bon, mais non point parfait, car le malade revint quelques mois après à l'hôpital, présentant de l'épilepsie jacksonienne atteignant la mâchoire inférieure et le membre supérieur gauche. De plus, il persistait une fistulette crânienne. Fallait-il mettre à nu le cerveau et chercher une lésion corticale? Je pensai

que mieux valait enlever d'abord simplement la partie osseuse infectée qui irritait constamment la dure-mère. De la sorte je taris complètement la suppuration. Depuis ce jour, les crises furent bien moins fréquentes et bien moins graves : il devint exceptionnel que le bras participât aux secousses. Cela étant, et comme le sujet a pu reprendre son métier de déménageur, je ne crus pas indiqué d'explorer la substance cérébrale.

La thèse de Leclerc est établie sur une observation intéressante où, peu de jours après une violence subie par le crâne, une légère paralysie faciale peu à peu aggravée me fit trépaner et évacuer avec succès un épanchement sanguin situé à la surface de circonvolutions contuses, au-dessous de la dure-mère. Il s'est probablement agi d'une lésion analogue, ayant pu guérir sans opération, dans l'observation de ma pratique qui est publiée dans la thèse d'Amice.

Cette question du trépan immédiat dans les fractures du crâne est d'ailleurs toujours assez épineuse. A ce propos je puis citer le cas tout récent que j'ai fait publier par Masbrenier : chez un enfant atteint d'épilepsie jacksonienne typique, brachio-faciale, les parents attribuaient très affirmativement le début brusque des accidents à un coup sur la tête, je trépanai et je trouvai une méningite tuberculeuse, dont la marche ne fut d'ailleurs en rien influencée par mon opération.

Dans la thèse de Poirier sont réunies de nombreuses observations inédites sur les fractures du crâne chez l'enfant. Cette thèse est surtout faite au point de vue anatomique, pour mettre en relief les quelques particularités (rapport avec les sutures, irradiations, ruptures de sinus) qui sont, à cet âge, dus à l'élasticité des os.

VII. — APPENDICITE.

163. **Appendicite et typhlite** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 385; 1894, p. 828; p. 82, 828).

164. **Pathogénie de l'appendicite** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 774).

165. **Diagnostic de l'appendicite** (*Ibid.*, 1898, p. 1077).

166. **Traitement de l'appendicite** (*Ibid.*, 1899, p. 20).

167. **Bactériologie de 20 cas d'appendicite suppurée** (en collaboration avec M. Achard) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 303).

168. **Torsion de l'appendice, péritonite aiguë mortelle** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1896, p. 1021).

169. Mlle Gordon. — *De l'appendicite chez l'enfant* (Thèse de Doct., Paris, 1896).

170. V. Esnault. — *Contribution à l'étude de l'appendicite à siège pelvien* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

Je n'ai pas fait de publication d'ensemble sur l'appendicite, mais les nombreuses observations que j'ai recueillies à l'hôpital Trousseau servent de base à deux thèses : celle (fort remarquable) de Mlle Gordon et celle d'Esnault. Cette dernière est consacrée à cette forme, si grave et si décevante pour le clinicien, où l'abcès se collecte dans le bassin.

Pour mon compte personnel, j'ai présenté à la *Société anatomique* plusieurs pièces. D'autre part, à propos des discussions qui ont eu lieu devant la *Société de chirurgie*, j'ai étudié :

1° La pathogénie : je crois que l'appendicite est ordinairement un aboutissant de l'entérite.

2° Le diagnostic, dans les cas où il est difficile, avec la péritonite tuberculeuse, avec la fièvre typhoïde.

3° Le traitement : je considère très nettement que l'appendicite ressortit au chirurgien et non au médecin, mais je me suis rangé parmi ceux qui, lors d'une crise aiguë avec empâtement, conseillent d'attendre, si possible, de façon à pratiquer une opération à froid, plus complète et plus efficace. Après l'opération à chaud, en effet, on ne peut souvent pas réséquer l'appendice, on ne peut pas suturer la paroi; de là quelquefois des récidives, des fistules, des éventrations qui nécessitent des interventions secondaires. Ces faits sont trop souvent laissés dans l'ombre : aussi vais-je faire soutenir sur ce point dans quelques semaines la thèse de mon externe Coittier, qui a revu à longue échéance plus de 80 de mes opérés.

171. **De la typhlite tuberculeuse chronique** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 641, et *Gaz. hebd.*, 1892, p. 100).

Il existe une forme de tuberculose chronique intestinale, localisée au cæcum, ou à peu près, qui cliniquement et même à l'examen de la pièce à l'œil nu simule le cancer; et à l'examen histologique un observateur non prévenu peut croire à un lymphosarcome. En réalité, il s'agit d'une tuberculose lymphoïde, à évolution spéciale, sur laquelle MM. Hartmann et Pilliet ont insisté en juillet 1891, au point de vue anatomo-pathologique. Depuis la publication de ce mémoire, j'ai eu l'occasion de recueillir deux observations où j'ai porté cliniquement le diagnostic, en me fondant à la fois sur l'état local (tumeur moins dure qu'un cancer, mal limitée vers le côlon ascendant, etc.), sur l'état général (tuberculose pulmonaire torpide), sur les antécédents héréditaires, etc. Le traitement médical (régime lacté, naphtol β et salicylate de bismuth) a considérablement amélioré un des malades, en sorte qu'il n'y a pas eu de vérification anatomique; chez l'autre, dont la pièce a été publiée avec l'observation *in extenso* à la *Société anatomique* par M. Hartmann, ce traitement a échoué et j'ai pratiqué l'entérectomie, qui fut mortelle.

Depuis, j'ai fait avec succès la résection du cæcum pour tuberculose chez un enfant dont l'histoire est relatée dans la thèse de Benoit (Paris, 1893). Le malade est revenu en 1895 mourir à l'hôpital Trousseau d'entérite tuberculeuse, et son autopsie a été relatée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (p. 413) par mon interne Courtillier.

VIII. — SUJETS DIVERS.

172. **Quelques faits d'occlusion intestinale chez l'enfant** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 463, et *Mercredi méd.*, 1893, p. 61).

Une de ces observations est relative à un cas de nœud diverticulaire. Je mentionnerai à ce propos les observations d'occlusion chez l'adulte que j'ai publiées ou fait publier :

Bull. de la Soc. anat., 1891, p. 55 et 68 (une observation recueillie par M. Péraire), deux observations prouvant qu'une occlusion cliniquement chronique peut fort bien être due à un volvulus, à une bride; *ibid.*, 1892, p. 469, deux observations de bride adhérente dans la fosse iliaque droite.

173. **Laparotomie pour invagination intestinale** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 180).

174. **Traitement de l'occlusion intestinale** (*Ibid.*, 1897, p. 680, à propos d'une discussion soulevée par un rapport que j'avais fait sur deux observations de M. Legueu, *ibid.*, p. 498).

175. Baudet. — Invagination intestinale (*Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 151).

176. E. Weil et B. Frankel. — Invagination intestinale produite par un diverticule de Meckel (*Ibid.*, 1896, p. 918).

177. J. Braquehaye. — Occlusion intestinale par bride (diverticule de Meckel) chez un enfant de 7 semaines; laparotomie, section de la bride, mort (*Ibid.*, 1894).

Dans ces publications, je me déclare partisan, en principe, de la laparotomie franche et non de l'anus contre nature.

178. **Tétanos chronique, hydrate de chloral, injection de sérum antitétanique, exanthème; guérison** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 454).

179. **Traitement du tétanos par la sérothérapie** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1896, p. 193).

Ces deux cas ont fourni une guérison et une mort. Il s'agit ici de sérothérapie par injection sous-cutanée, méthode aujourd'hui reconnue comme n'ayant pas de vertu curatrice.

180. **Du prolapsus du rectum chez l'enfant et de son traitement** (*Bull. méd.*, 1897, p. 69).

Leçon professée au concours d'agrégation (1895), et où j'ai eu pour but de montrer que chez l'enfant le traitement ne devait pas être opératoire. Les résultats que j'ai obtenus à l'hôpital Trousseau sont consignés dans la thèse de M. Soulier (Paris, 1896-97), élève de mon ami le Dr Hartmann. M. Soulier a revu les enfants que j'avais soignés plusieurs années auparavant.

181. **Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles** (*Ann. de gyn.*, mars 1896, et *Gaz. hebd.*, 1896, p. 313).

182. H. Blanc. — Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme et en particulier chez la petite fille (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, juin 1895).

Ce prolapsus, qui est un résultat de la vulvo-vaginite des petites filles, s'accompagne d'hémorrhagies notables, et trop souvent fait incriminer à tort, par les profanes et même par les médecins, une tentative de viol. Quand il a résisté aux cautérisations par le nitrate d'argent, on le traite par l'extirpation suivie de suture.

183. **Polype muqueux naso-pharyngien** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1897, p. 37).

184. **Perforation traumatique du rectum** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 603) (observation recueillie par M. Tariel).

185. **Traitement des tuberculoses cutanées par le sérum de chien tuberculeux** (en collaboration avec le Dr Charrin) (*Soc. de biol.*, 27 juillet 1895).

186. **Angiome de la narine** (examen histologique par M. Pilliet) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 619).

187. **Angiomes veineux multiples** (observation publiée par M. Boulai) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 293).

188. E. Pasternak. — *Traitement des angiomes par l'extirpation* (Thèse de Doct., Paris, 1893).

189. **Lymphosarcome de l'aisselle, désarticulation inter-scapulo-thoracique** (observation recueillie par M. Mayet) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 304).

190. **Kyste séreux multiloculaire du cou, extirpation** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 462).

191. P. Audion. — Péritonite tuberculeuse; occlusion intestinale; laparotomie; section complète de l'intestin; mort; autopsie (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 109).

192. P. Audion. — Deux observations de kyste hydatique du foie chez l'enfant (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, décembre 1898).

193. L. Mencière. — Myélome ou tumeur fibro-tendineuse à myéloplaxes de la gaine tendineuse de l'index gauche (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 73).

194. J. Braquehaye. — Infection par le streptocoque après une varicelle chez une fillette guérie d'un abcès froid dû au mal de Pott guéri par des injections de gaïacol iodoformé (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1894, p. 432).

195. N. Sotiroff. — *De la dilatation des bronches chez les enfants* (Thèse de Doct., Paris, 1896-97).

Quoique M. N. Sotiroff n'ait pas cru devoir prononcer mon nom, l'observation inédite de pneumotomie qui sert de base à son travail lui a été communiquée par moi.

196. A. Koutnik. — *Des tumeurs gazeuses du cou* (Thèse de Doct., Paris, 1895-96).

197. Pierre Mage. — *Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage* (Thèse de Doct., Paris, 1895-96).

198. E. Moreau. — *Contribution à l'étude des abcès péripharyngiens* (Th. de Doct., Paris, 1895-96).

199. A. Cornil. — *Contribution à l'empyème de nécessité chez l'enfant* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98).

200. J. Giacometti. — *Valeur séméiologique de l'exagération des réflexes dans le mal de Pott* (Thèse de Doct., Paris, 1897-98 (presque toutes les observations ont été recueillies dans mon service).

201. A. Manson. — *Traitement des adénites tuberculeuses par l'extirpation* (Thèse de Doct., Paris, 1894-95).

IX. — TRAVAUX DE VULGARISATION

Outre l'article déjà cité du *Traité de chirurgie* et relatif aux vices de conformation de la face et du cou, mes travaux de vulgarisation relatifs à la pathologie infantile sont les suivants :

202. **Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale** (en collaboration avec M. P. Le Gendre, médecin des hôpitaux). Un vol. in-8 de 660 pages, Paris, G. Steinheil, 1894.

Ce livre, où toute la partie médicale est due au Dr Le Gendre, est un résumé pratique, en forme de dictionnaire.

Dans le

203. **Traité des maladies de l'enfance**, dirigé par Grancher, Comby et Marfan, j'ai écrit les articles : *Traitement chirurgical du rachitisme; Prolapsus du rectum; Hernies inguinale et ombilicale; Bec-de-lièvre; Macroglossie; Tumeurs du plancher de la bouche; Polypes naso-pharyngiens; Abcès intra-crâniens; Lésions inflammatoires des os et des articulations; Malformations du squelette*. Ces deux derniers articles en collaboration avec mon élève le Dr Delanglade, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille.

204. **De l'anesthésie dans la trachéotomie** (en collaboration avec M. Hartmann) (*Revue de chirurgie*, 1887, p. 390).

205. **Chloroforme et trachéotomie** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1891, p. 77).

206. **Traitement de l'hydrocéphalie** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1891, p. 126).

207. **Quelques travaux sur le traitement du pied bot et du torticolis** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1891, p. 179).

208. **Le traitement de l'encéphalocèle** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1891, p. 274).

209. **Les déviations rachitiques des membres inférieurs** (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1893, p. 264).

VI

TRAVAUX RELATIFS A LA CHIRURGIE DE L'ADULTE

210. **Luxations de l'épaule dites incomplètes, décollements périostiques, luxations directes et luxations indirectes** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 312).

211. **Luxations anciennes de l'épaule, luxations récidivantes** (*Ibid.*, 1890, p. 416).

(En collaboration avec M. Hartmann.)

Nous avons recueilli sur le cadavre une pièce de luxation extra-coracoïdienne ancienne à l'aide de laquelle nous avons contrôlé certaines assertions de Malgaigne relativement à cette luxation, qu'il appelle sous-coracoïdienne incomplète. Tout d'abord nous pensons avec plusieurs auteurs, dont M. Panas, qu'il est difficile d'admettre la luxation incomplète; il n'en existe pas, en effet, d'autopsie probante, et, d'autre part, l'expérimentation ne permet de concevoir la fixité caractéristique d'une luxation que si la partie postérieure du col huméral vient s'engrener sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, c'est-à-dire si la luxation est complète.

De plus, il est classique de dire, avec Malgaigne, que cette luxation extra-coracoïdienne se produit sans déchirure capsulaire : or l'expérimentation sur une épaule saine démontre qu'une luxation sans déchirure capsulaire est impossible. Mais d'après l'examen de notre pièce nous croyons pouvoir expliquer quelle est la cause de l'erreur : la tête, en effet, est recouverte d'une lame qui continue la face antérieure de la capsule articulaire et qui n'est autre que le périoste décollé de la face antérieure du col de l'omoplate après désinsertion du bourrelet glénoïdien tout le long du bord glénoïdien antérieur, fracturé en bas. Ce décollement périostique n'est d'ailleurs pas réservé aux luxations extra-coracoïdiennes. On peut l'observer

à la même place, mais plus étendu, dans les luxations sous-coracoïdiennes et intra-coracoïdiennes. Il existe ainsi sur deux pièces qui nous sont personnelles, sur une de Farabeuf, sur plusieurs du musée Dupuytren.

Au total, nous avons réuni 8 observations et avons constaté que 5 fois il y avait fracture du rebord glénoïdien.

Nous admettons donc que ces luxations à décollement périostique sont en général des luxations directes, avec déchirure en avant de la capsule désinsérée, ce qui est différent des luxations indirectes, par élévation du bras, où la déchirure capsulaire est inférieure et où la tête remonte en avant et en dedans lorsque le coude s'abaisse sous l'influence de la pesanteur.

Nous étudions ensuite les déformations osseuses consécutives aux luxations anciennes.

La tête humérale se creuse d'un sillon formé par usure, au point où appuie constamment le bord antérieur de la cavité glénoïde. D'après ce que nous avons dit de la luxation incomplète, ce sillon par usure ne peut pas se creuser sur la tête proprement dite, mais seulement au niveau du col anatomique, et à partir de là, selon que la luxation est plus ou moins proche et s'accompagne d'une rotation plus ou moins marquée, l'usure détruit soit sur la tête à peu près seule (extra-coracoïdienne), soit à peu près également sur la tête et à la grosse tubérosité (sous-coracoïdienne), soit à peu près exclusivement sur la grosse tubérosité (intra-coracoïdienne). Dans la luxation sous-claviculaire, l'éloignement est tel que la grosse tubérosité elle-même ne touche plus le rebord glénoïdien, et aucun sillon ne se creuse sur la tête.

Ainsi, quoi qu'on en dise dans certaines descriptions, jamais le sillon n'est usé sur la surface cartilagineuse seule (luxation incomplète). Il y a cependant au musée Dupuytren une pièce unique, due à Malgaigne, où cette surface présente une dépression très nette : mais un examen attentif démontre qu'il n'y a pas là trace d'usure. Il y a un véritable enfoncement de la lame compacte qui entoure la tête dans la masse spongieuse centrale. C'est évidemment le résultat d'une violence directe, une fracture par infraction de la tête. Un dessin de Eve (de Londres) est fort analogue à cette pièce.

Du côté de l'omoplate, un seul point un peu spécial est à noter.

La moitié interne de la nouvelle cavité glénoïde semble formée dans

certaines pièces par l'ossification de la lame périostique décollée sur laquelle nous avons insisté dans notre première communication.

Une de nos pièces est une luxation récidivante. A ce propos, passant en revue les théories données sur ce point, en Allemagne surtout, nous avons fait voir que cette récidive, observée principalement dans les luxations très proches, exige une sorte de cavité diverticulaire où, dans un mouvement spécial, la tête puisse venir se loger ; cette cavité diverticulaire semble devoir être volontiers constituée entre le col de l'omoplate et le périoste décollé. D'autre part, un véritable ressaut marque le passage entre l'attitude normale et celle de luxation ; c'est là qu'intervient le sillon creusé sur la tête et sur lequel on a beaucoup insisté (Lœbker, Popke, Schüller).

212. **Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux** (Thèse de Doct., G. Steinheil, 1886).

Les troubles de la circulation, veineuse et artérielle, et de l'innervation, qui font des membres variqueux un lieu de moindre résistance, sont d'abord passés en revue. De plus ces téguments mal nourris appellent les éruptions diathésiques, parmi lesquelles il faut mettre au premier rang la syphilis et l'eczéma. Ces éruptions, ainsi localisées, prennent un caractère hybride et leurs aspects spéciaux s'effacent devant l'aspect variqueux. Sur ce derme infirme toute solution de continuité dégénère en ulcération. Aussi l'eczéma, qui partout ailleurs est une lésion superficielle, est-il ici une cause fréquente d'ulcères variqueux. Mais ces ulcères sont d'origine éruptive et s'en souviennent toujours : ils sont multiples et conservent une forme arrondie, un contour polycyclique. Ces caractères sont ceux qui, sur le reste du corps, font reconnaître la syphilis : sur une jambe variqueuse ils se trouvent en défaut. Le motif en est que partout ailleurs l'eczéma n'est pas ulcéreux et qu'ici il le devient. Quant à la pigmentation des cicatrices, on sait qu'elle est vulgaire sur les membres variqueux.

Des éruptions de cause externe peuvent, quoique rarement, revêtir le même aspect. Cela est rendu évident par une observation d'ecthyma sur la jambe d'un ouvrier raffineur.

Ce travail est fondé sur des observations recueillies en majeure partie dans les services de MM. Laillier et Verneuil.

213. **Traitement du lupus par le raclage à la curette tranchante** (*Bull. de la Soc. française de dermat. et syphil.*; 1891, p. 427).

Le traitement du lupus par le raclage à la curette avec cautérisation consécutive au chlorure de zinc (méthode de Volkmann) n'est à peu près jamais employé en France. On lui reproche surtout : 1° d'exposer aux poussées de tuberculose aiguë ; 2° de donner des cicatrices vicieuses. Or, ces deux objections semblent être peu fondées, si l'on procède avec asepsie, de façon à obtenir une cicatrisation sans suppuration. Par contre, cette méthode a le grand avantage qu'on attaque en une seule séance de vastes surfaces pour lesquelles il faudrait des mois avec les méthodes dermatologiques ordinaires (scarifications, pointes de feu, etc.), mois pendant lesquels le mal repullulerait au fur et à mesure. Or, sur trois malades (et depuis sur plusieurs autres), j'ai obtenu en trois à quatre semaines la cicatrisation complète des lésions en activité. Mais il faut compter sur une récidive presque constante et déclarer qu'on ne guérit pas chirurgicalement le lupus : on rend aux dermatologistes des surfaces sur lesquelles ils pourront attaquer aisément les foyers disséminés de repullulation.

214. **Autoplastie par la méthode italienne modifiée** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887, p. 860).

Opération pratiquée en 1884, par M. le professeur Lannelongue, et publiée à propos des travaux récents faits sur ce point en Allemagne et, en France, par M. Berger.

215. **De l'ecthyma des raffineurs** (en collaboration avec M. Rémy) (*Rev. de chirurgie*, 1886, p. 717).

216. **Deux laparotomies exploratrices pour plaie pénétrante de l'abdomen** (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 317) (rapport de M. Terrier) (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 26).

217. **Deux laparotomies pour plaies du foie** (*Mercredi médical*, 1891, p. 361).

Dans le débat ouvert il y a quelques années sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, les partisans de l'abstention donnent comme

argument principal la difficulté et les dangers de la laparotomie exploratrice envisagée en soi dans ce cas particulier. Ils semblent exagérer la portée de cette objection. Deux fois, en effet, je me suis trouvé en face de plaies de l'abdomen par coups de couteau; après exploration à la sonde cannelée, j'ai immédiatement pratiqué la laparotomie médiane, j'ai vérifié attentivement l'intégrité de l'intestin et l'absence d'épanchement sanguin dans le péritoine, et ces deux malades ont rapidement guéri. Cela prouve donc que la laparotomie exploratrice simple est bénigne, et dès lors autorisée. Ce qui est grave, c'est la série des manœuvres nécessaires lorsque l'intestin est lésé, en plusieurs endroits surtout, lorsque le péritoine est déjà souillé. De même, lorsqu'on se trouve en présence de plaies du foie, par exemple, comme cela m'est arrivé deux fois; ces deux blessés ont succombé à l'hémorrhagie, par des plaies hépatiques que je n'avais pas vues, et, de même que pour l'intestin, cette méconnaissance partielle des lésions est une cause fréquente d'échecs. Mais chez chacun de mes opérés, une plaie saignant abondamment a été vue et une fois tamponnée (le foie, cirrhotique, ne tenant pas à la suture), une fois suturée au catgut : ces deux plaies, dont une très profonde et très étendue, n'ont plus saigné.

218. **Cure radicale d'une laparocèle** (*Gaz. hebd.*, 1891, p. 428).

La hernie, constituée par de l'épiploon dépourvu de sac et étalé entre les plans musculaires auxquels il adhérait, semble avoir été consécutive à un abcès par lequel, étant tout enfant, le sujet avait évacué des aiguilles qu'il avait avalées.

219. **Abcès du grand droit de l'abdomen simulant un abcès du foie** (*Gaz. hebd.*, 1891, p. 474).

Cet abcès occupait la partie supérieure du muscle, et ce qui justifiait l'erreur de diagnostic, c'est que derrière lui le foie était volumineux; le malade avait séjourné assez longtemps aux colonies, d'où il était revenu quelques années auparavant avec une diarrhée rebelle et avec les fièvres intermittentes.

220. **Phlébite variqueuse** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 400).

221. **Études cliniques sur la phlébite variqueuse** (*Rev. de chir.*, 1889, p. 638 et 728).

Ce mémoire, qui donne une description d'ensemble de la phlébite variqueuse, a surtout pour but de montrer que dans cette phlébite : 1° on ne peut établir de démarcation entre la thrombose simple et la phlébite; 2° les varices constituent un point d'appel pour les agents infectieux au cours de diverses infections générales, et il est probable qu'il en est ainsi dans certains cas de *phlegmatia alba dolens;* 3° outre la forme classique de phlébite des varices serpentines, il faut bien connaître l'inflammation des varices ampullaires; l'intérêt diagnostique est nul lorsque la bosselure rouge et fluctuante coexiste avec une phlébite serpentine bien caractéristique, mais lorsqu'elle est isolée elle peut simuler une gomme ramollie et donner ultérieurement naissance à des ulcérations arrondies, ressemblant beaucoup à des gommes ulcérées.

222. **Fractures anciennes de la rotule** (en collaboration avec M. Chaput) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 539 et 1887, p. 315).

Pièces vérifiant les descriptions données par M. Chaput dans sa thèse.

223. **Sur un cas de panaris analgésique de Morvan** (*Bull. de la Soc. clinique*, 1885, p. 82, et *Annales de dermat. et de syphil.*, 1885, p. 282).

Cette observation, recueillie dans le service de M. Verneuil, est la première publiée à Paris depuis le travail de M. Morvan (de Lannilis). Elle est la première où soit notée la coexistence d'une scoliose.

224. **Note sur les scolioses trophiques** (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1888, p. 617).

Cette note a trait à la scoliose de l'observation précédente et à celle d'une malade atteinte d'acromégalie.

225. **Un squelette d'acromégalie** (*Arch. gén. de méd.*, 1888, p. 656).

Description du squelette d'une femme étudiée au point de vue clinique par M. Marie, dans le service de M. le professeur Charcot. C'est la première étude ostéologique publiée en France.

226. **Hémophilie rénale et hémorrhagies rénales sans lésion connue** (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, déc. 1894, p. 881).

J'ai observé une jeune femme qui fut prise sans cause connue d'une hématurie rebelle avec douleur à la pression sur le rein droit. Mon diagnostic resta hésitant entre un calcul, un néoplasme et un noyau tuberculeux.

L'incision lombaire exploratrice m'ayant permis de constater par la vue et le palper que le rein paraissait normal, je ne fis même pas la néphrotomie : et depuis trois ans la malade n'a plus uriné une goutte de sang. Je rapproche de ce fait plusieurs cas où l'on est intervenu avec succès par la néphrectomie, la néphrotomie, la taille hypogastrique même, et je conclus à la nature probablement nerveuse de ces accidents.

227. **Corps étrangers articulaires** [*Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 123 (article médio-carpienne); p. 505 (article scapulo-humérale)].

228. **Luxations anciennes du coude** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 144 et 875 (luxation isolée du radius en arrière, et irréductibilité de cet os dans certaines luxations complètes).

229. **Fracture de l'astragale** (*Bull. de la Soc. anat*, 1888, p. 1035).

230. **Diastasis des vertèbres cervicales** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 692).

231. **Cancer vésico-prostatique ayant simulé un calcul du rein gauche;** oblitération de l'uretère gauche suivie d'anurie réflexe; néphrotomie, cessation des accidents; mort 2 mois après d'hématurie (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, août 1894).

Un homme de 62 ans souffrit d'accidents qui simulèrent absolument un calcul enclavé dans l'uretère gauche. L'anurie ayant éclaté brusquement, je pratiquai la néphrotomie, et quelques heures après de l'urine était sécrétée par le rein droit, fait intéressant pour l'étude de l'anurie réflexe. Aucun calcul ne fut trouvé dans l'uretère, et deux mois après il devint évident qu'il s'agissait d'un cancer vésico-prostatique, qui causa la mort par une hématurie presque foudroyante.

232. **Taille hypogastrique, suture de la vessie, infection mortelle par le bacterium coli commune** (*Congrès franç. de chir.*, 1892, p. 113) (*examen histologique et bactériologique*, par M. Achard).

233. **Cholécystectomie pour lithiase limitée à la vésicule biliaire** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1894, p. 369, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 960; voir aussi *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 366 et 569).

Trois cas de coliques hépatiques graves qui ne se sont jamais accompagnés d'ictère et guéris par la cholécystectomie. La vésicule était une fois de volume normal; une fois distendue par une hydropisie stérile en une tumeur piriforme et mobile descendant jusqu'à la fosse iliaque; une fois atteinte de suppuration avec péricystite. L'examen bactériologique du pus a été publié par MM. Gilbert et Girode à la *Société de biologie*.

234. **Laparotomies pour suppurations pelviennes** (7ᵉ *Congrès franç. de chir.*, 1893, p. 574).

Relation des observations de malades opérés par moi dans le service de M. le professeur Terrier.

235. **Hématosalpinx et hématocèle rétro-utérine par grossesse tubaire** (trois observations publiées dans la thèse de Cestan, Paris, 1894).

236. **Traitement des plaies de l'abdomen** [*Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 23 (observation recueillie par M. Aldibert), et p. 26 (une observation de laparotomie exploratrice, guérison)].

237. **Mammite chronique kystique chez un homme** (examen histotologique par M. Toupet) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 5).

238. **Goitre secondairement compliqué de troubles exophthalmiques** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 189).

239. **Pachyvaginalite simulant une tumeur** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 102).

240. **Lipomes d'origine traumatique** (rapport sur une observation de M. Reboul) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 842 et 994).

241. **Pleurésie purulente à pneumocoques** (observation publiée par M. Guillemain) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1891, p. 176).

242. **Deux observations de résection partielle du maxillaire inférieur pour extirpation d'épithélioma sublingual** (hémorrhagies secondaires; dans un cas, mort avec gangrène pulmonaire) (service de M. le professeur Verneuil) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 86).

243. **Épithélioma lingual consécutif au psoriasis des fumeurs** (extirpation de la langue au thermocautère (voie sus-hyoïdienne); broncho-pneumonie gangréneuse; mort) (service de M. le professeur Verneuil) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 223).

244. **Cancer du sein. Généralisation aux os du crâne; paralysie faciale « a frigore » concomitante** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 508).

245. **Cancer du sein** (service de M. le professeur Verneuil) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 544).

246. **Maladie kystique de la mamelle** (en collaboration avec M. Bezançon) (service de M. le professeur Verneuil) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 38).

247. **Épithélioma secondaire d'un ganglion inguinal** (extirpation; résection de la veine fémorale entre deux ligatures; hémorrhagies secondaires par ulcération de l'artère fémorale profonde; mort) (service de M. le professeur Verneuil) (*Bull. de la Soc anat.*, 1885, p. 455).

248. **Kystes hydatiques multiples du foie** (ponction d'une poche volumineuse, suppurée, au-devant de la vessie; sonde à demeure; mort) (service de M. le professeur Verneuil) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 150).

249. **Note sur un prolapsus du rectum par cancer de cet organe** (service de M. le professeur Verneuil) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 18).

250. **Observation de syphilis testiculaire bilatérale avec gomme épididymaire et funiculaire** (service de M. le professeur Guyon) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1883, p. 181).

251. **Taille hypogastrique; rupture de la vessie; fièvre urineuse persistante** (opération par M. Monod) (*Bull. de la Soc. clin. de Paris*, 1885, p. 135).

252. **Abcès multiples de cause inconnue** (mort rapide avec symptômes typhoïdes) (service de M. Empis) (*Bull. de la Soc. anat.*, 1883, p. 345).

TRAVAUX DE VULGARISATION

I. — Articles publiés dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*

253. **Rachitisme et syphilis héréditaire,** 1886, p. 35 et 161.

254. **De la maladie kystique des mamelles,** 1886, p. 186.

255. **Les suites de la thyroïdectomie,** 1886, p. 550.

256. **Les causes de l'immobilité de la mâchoire inférieure luxée,** 1886, p. 578.

257. **Taille et lithotritie,** 1886, p. 809

258. **De la laparotomie pour les plaies de l'intestin grêle,** 1887, p. 125.

259. **De la douleur dans les cystites et de son traitement chirurgical,** 1887, p. 450 et 466.

260. **Cancroïdes cutanés,** 1887, p. 645 et 658.

261. **Hernies adhérentes,** 1888, p. 49.

262. **Innervation collatérale et plaies des nerfs,** 1888, p. 129.

263. **Des fistules pleuro-cutanées et de leur traitement par les résections costales,** 1888, p. 321.

264. **Salpingites et abcès pelviens chez la femme,** 1888, p. 402.

265. **L'anatomie du cæcum et les abcès de la fosse iliaque,** 1888, p. 578.

266. **De la nécrose phosphorée,** 1889, p. 66.

267. **Exploration manuelle du rein** (procédés d'Israël et du professeur Guyon), 1889, p. 88 et 237.

268. **De la cystoscopie ou endoscopie vésicale,** 1889, p. 166.

269. **De la résection du tarse par le procédé de Wladimiroff-Mikulicz,** 1889, p. 282.

270. **Les raideurs articulaires: le traitement consécutif des arthropathies** (d'après des leçons du professeur Guyon), 1889, p. 395, 508 et 558.

271. **Traitement des anévrysmes des membres,** 1889, p. 54 et 695.

272. **Sur le diagnostic clinique de l'occlusion intestinale par étranglement interne ou par volvulus** (d'après Von Wahl, de Dorpat), 1889, p. 445.

273. **Des névralgies vésicales,** 1889, p. 458.

274. **Tuberculose cutanée,** 1889, p. 623.

275. **Traitement chirurgical de la péritonite aiguë,** 1889, p. 676.

276. **Traitement du prolapsus rectal par la colopexie,** 1889, p. 706.

277. **Cholécystentérostomie,** 1889, p. 738.

278. **La chirurgie du rachis,** 1890, p. 75 et 482.

279. **Traitement des tumeurs du corps thyroïde,** 1890, p. 243.

280. **De la résection préliminaire du sacrum pour aborder les organes pelviens,** 1890, p. 466.

281. **Anatomie des circonvolutions cérébrales,** 1891, p. 26.

282. **La chirurgie de l'estomac devant le Congrès de chirurgie,** 1893, p. 182.

283. **Des origines et des modes de transmissions du cancer** (d'après les travaux de MM. Duplay et Cazin), 1894, p. 346.

II. — Articles publiés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

284. **Pharyngotomie et Pharyngectomie,** 1887.

285. **Thyroïde** (pathologie, sauf le goître), 1887.

286. **Thyroïdectomie,** 1887.

287. **Inguinale** (hernie), 1889.

III. — Articles publiés dans le *Traité de chirurgie.*

288. **Maladies chirurgicales de la peau,** t. I, 1890.

289. **Maladies de la face, de la langue, du pharynx, du corps thyroïde,** t. VI, 1891.

IV. — Articles divers.

290. **Chirurgie crânio-cérébrale** (en collaboration avec M. Sebilleau) (*Gazette des hôpitaux*, 1888, nos 75 et 94, p. 693 et 369).

291. **Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales,** par A. Jamain et F. Terrier, continué à partir du ch. VI, par F. Terrier, A. Broca et H. Hartmann (1887-1891).

292. **Bactériologie chirurgicale,** par N. Senn (de Chicago), traduction française annotée, in-8 de 300 pages, Paris, G. Steinheil, 1890.

293. **Table analytique décennale** de la *Société anatomique*, 1875-1885.

294. **Traité de chirurgie clinique et de médecine opératoire,** par E. Albert, professeur à l'Université de Vienne, traduction revue et annotée, 4 volumes, Paris, 1893.

VII

ANATOMIE

295. **Fusion du médian et du musculo-cutané au bras** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 207).

Cette pièce a été présentée comme complément de quelques anomalies décrites peu de temps auparavant par M. Hartmann. Les conclusions chirurgicales de ces faits anatomiques ont été exposées, d'après le travail de M. Hartmann en majeure partie, dans un article de la *Gazette hebdomadaire* en 1888, p. 129 : *Innervation collatérale et plaies des nerfs.*

266. **Rapports du larynx et du voile du palais dans la série animale** (*Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 504).

Il y a d'assez nombreux animaux chez lesquels l'épiglotte remonte notablement derrière le voile du palais, disposition classiquement décrite chez le cheval, où elle existe à un assez haut degré pour que la respiration buccale soit impossible. Le degré le plus élevé s'observe chez les cétacés. Là, le larynx se prolonge en une sorte de cône fort allongé, qui est enserré dans un véritable sphincter du voile du palais. Il est classique de dire, avec Cuvier et Milne-Edwards, que ce prolongement est formé de deux valves constituées l'une par l'épiglotte, l'autre par les deux aryténoïdes juxtaposés et très allongés. En réalité, il n'en est pas ainsi. Dans ce larynx aglottique, le cartilage aryténoïde, essentiellement vocal, est au contraire atrophié, et il y a hypertrophie de tout l'appareil operculaire, c'est-à-dire de l'épiglotte et des cartilages de Santorini.

VIII

MÉDECINE

297. **Sur la prétendue préservation des ouvriers en cuivre, dans l'épidémie cholérique de 1884** (service de M. Lailler) (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1885, p. 32).

298. **Contribution à l'étude de la pneumonie lobaire aiguë secondaire** (*Revue de médecine*, 1885, p. 472 et 681).

299. **Note sur l'érythème du choléra** (en collaboration avec M. Queyrat) (*Rev. de médecine*, 1887, p. 625).

300. **Recherches sur la suralimentation, envisagée surtout dans le traitement de la phthisie pulmonaire** (en collaboration avec M. Wins) (*Bull. gén. de thérap.*, 1883, t. II, p. 289 et suivantes).

Mémoire fondé sur des observations recueillies dans le service de M. Debove en 1882. Il se termine par une note sur les applications possibles de la méthode à certaines affections chirurgicales. Un malade que, dans le service du professeur Trélat, M. Bouilly avait soumis à l'opération d'Estlander, fournit un exemple probant. (Obs. publiée dans la thèse de M. Mouton, 1883.)

TABLE DES MATIÈRES

Paris — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères — 37567